CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Melhoria da qualidade em um serviço de práticas integrativas e complementares em saúde: enfoque na avaliação da experiência do paciente

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Andria Norman
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: As autoras
Autoras: Joyce Wadna Rodrigues de Souza
Ana Tânia Lopes Sampaio

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S729 Souza, Joyce Wadna Rodrigues de
Melhoria da qualidade em um serviço de práticas integrativas e complementares em saúde: enfoque na avaliação da experiência do paciente / Joyce Wadna Rodrigues de Souza, Ana Tânia Lopes Sampaio. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-2275-4
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.754242401

1. Pacientes - Medidas de segurança. I. Souza, Joyce Wadna Rodrigues de. II. Sampaio, Ana Tânia Lopes. III. Título.

CDD 610.289

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DAS AUTORAS

As autoras desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Senhor Jesus, pelo amor imensurável e seguro bem presente nas provações; à meu filho João Pedro, o maior presente da minha vida; à meu esposo e melhor amigo Wandenkol, pelo apoio e companheirismo incondicional; e à minha família, minha base

AGRADECIMENTOS

À Deus, que, mesmo às vezes misteriosamente oculto, permanece cuidando, guardando e sustentando minha vida, sendo graças à Ele que pude trilhar o caminho do conhecimento e da vitória, desde o momento da minha aprovação no mestrado, até o momento da conclusão desta pesquisa. Agradeço pela graça dispensada a mim nos momentos de provação, por me fazer perseverar e por iluminar sempre os meus caminhos. Como diz a letra da música de Juninho Cassimiro – Teus Planos:

> *Os passos que dei sem você so me fizeram fracassar, o tanto que eu já chorei, me arrenpendo dos meus planos. Sem Ti nada posso fazer, onde eu posso ir se o céu que eu procuro só virá por Tua voz? Os meus passos são Teus, o meu próximo minuto é Teu, se não for assim não me deixe ir.*

Toda honra e toda glória seja dada ao Senhor Jesus!

À meu filho amado, João Pedro, razão pela qual me levanto todos os dias e busco uma vida melhor. Ele é o maior presente que ganhei nessa tragetória. E foi ele o principal motivo pra conseguir vencer todas as barreiras e as lutas que surgiram nessa caminha. Minha gratidão a Deus por terminar esse processo com ele juntinho de mim, crescendo forte e saudável.

Ao meu amor, esposo, companheiro de vida, amigo e colega de profissão – Wandenkol Gouveia, pela força que sempre me dá, por acreditar sempre em meu potencial, mesmo quando penso em desistir, sempre me dá forças; pela forma como me trata e por contribuir de forma significativa para a realização deste sonho, que não é só meu, é "nosso". Não tenho dúvidas que Deus te colocou no meu caminho e que sem você trilhá-lo seria muito difícil. Obrigada, meu amor, por tudo que fez e faz por mim, por me fazer sorrir nos momentos difíceis e por dividir o fardo comigo. "É você que acalma os meus dias, com você a vida é plena de amor e cor; somos nós o laço que resiste ao tempo; somos feito de sons, poesias, beijos e versos (...) somos nós ontem, hoje, amanhã; meu amor."!

À minha família que, apesar da distância, sempre orou por mim e incentivou-me a seguir meus sonhos, especialmente à minha mãe, Janaina Nunes e minhas tias-mães – Janiara e Jaciara, sem elas nada do que consquistei hoje seria possível. Obrigada pelo apoio, amor e dedicação. Às minhas tias paternas, Josiane e Klebia, que sempre me acolheram e incentivaram. Às minhas avós Francisca Moura e Francisca Nunes, agradeço pelo cuidado e zelo que sempre tiveram comigo, pela criação que me deram e pelo amor de mães que enche minha vida de mais alegria. Ao meu avô e Pai, Joca, minha eterna gratidão pela sua criação e pelos valores que me passou. Ao meu Pai, José Valdenilso, que sempre torce e se orgulha de mim. Amo todos demais!

AGRADECIMENTOS

Reservo aqui um agradecimento especial à uma pessoa que sempre acreditou em mim, nunca escondeu sua admiração, se emocionava todas as vezes que o visitava, e que já cuidava de mim ainda quando estava no ventre da minha mãe - ao meu bisavô, João Rodrigues (*in memorian*) pelas palavras de incentivo, de alerta, pelas contações de histórias e por dá o nome lindo do meu filho. Gratidão eterna de ser de sua descendência, meu eterno Vô do serrote!

Aos meus irmãos e minha sobrinha (Joseph, Jéssica, Rafael, Roberto e Aninha) que foram os incentivos para continuar e lutar pelos meus objetivos. Obrigada, meus lindos, por entenderem minha ausência e por sempre me acolherem de braços abertos nas minhas voltas pra casa. É por vocês que pretendo ser cada dia melhor, para terem o exemplo de irmã mais velha e tia que merecem. Amarei vocês eternamente!

À família do meu esposo, por me acolher, cuidar de mim quando eu mais precisei, principalmente a Nilva e a Cidinho que com zêlo, têm cuidado de mim e do meu filho. Muito obrigada!

Aos meus amigos e companheiros de jornada (Terceira turma PPGQualiSaúde – a melhor), agradeço por tornarem essa tragetória mais descontraída, assim como a minha vida. Levarei pra sempre comigo o laço que construímos durante esse percurso, e recordarei com alegria das semanas presenciais, dos perrengues e experiências compartilhadas. Amo vocês!

Á minha amiga e sócia – Mayara, quem me acompanhou em todo esse percurso e compartilhou toda à luta, me apoiou e incetivou, meu muito obrigada.

Á meu eterno orientador, amigo e colega de trabalho – Marcelo Costa; à quem eu devo muito. Obrigada por despertar em mim o amor pela pesquisa, docência e pela saúde coletiva.

Á minha orientadora, pela empatia, apoio, confiança e empenho. Sem dúvidas, a construção deste trabalho não seria possível sem você. Obrigada pelos seus valiosos ensinamentos, sua paciência e compreensão, pelas palavras de incentivo e por acreditar no meu potencial. Deus abençoe grandemente a você!

Aos profissionais do LAPICS pelo empenho, abertura e disponibilidade.

Aos componentes da banca examinadora, por aceitarem avaliar a pesquisa, pela disponibilidade e valiosas contribuições.

Meu muito obrigada a todos que contribuíram direta e indiretamente para a construção desta pesquisa.

O presente estou trata-se de um Trabalho de Conclusão do Mestrado (TCM), o qual foi realizado por Joyce Wadna Rodrigues de Souza, sob orientação da Docente Profa. Dra. Ana Tânia Lopes de Sampaio. Teve como objetivo a melhoria da qualidade em Serviços de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS; bem como levantar evidências científicas sobre a mensuração de critérios de qualidade em serviços de PICS; apresentar um instrumento que avalie a percepção dos usuários sobre o serviços de PICS; orientar a implementação de ciclos de melhoria de qualidade em serviços de PICS,nortear a identificação de oportunidades de melhorias a partir da mensuração da percepção/experiência do paciente.

A pesquisa teve como cenário o Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPICS), uma Unidade Acadêmica Administrativa do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) vinculada ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O LAPICS funciona em um espaço anexo ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) com ações de atenção integrativa e transdisciplinar à saúde da comunidade, de ensino, pesquisa e extensão em PICS, além de fornecer suporte aos municípios do Rio Grande do Norte (RN) que tenham suas políticas municipais implantadas ou em fase de implantação na área de PICS.

A estrutura do presente TCM segue um modelo próprio de disposição, recomendado e proposto pelo Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPQualiSaúde/UFRN)[I].

Na primeira seção, tem-se a Introdução trazendo conceitos sobre qualidade dos serviços de saúde, experiência do paciente e o atual contexto das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema de Saúde Brasileiro, seguido pelo objeto da pesquisa, bem como o Objetivo desta investigação no formato de artigo científico.

A seção seguinte intitulada Metodologia tem como tarefa sistematizar os procedimentos metodológicos percorridos para a execução do trabalho, os quais seguiram diretrizes do *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* 2.0 (SQUIRE) para o delineamento de uma pesquisa metodologica propositiva.

Na sequência, a seção Resultados apresenta os resultados relevantes em uma sequência de etapas, a saber: Diagnóstico situacional/Identificação da oportunidade de melhoria; Análise do problema de qualidade; Construção de critérios para avaliar a qualidade; Elaboração de um estudo sobre o nível de confiabilidade dos critérios e indicadores de qualidade; Elaboração de intervenção oportunas para melhoria contínua; Coleta e análise dos dados; e Monitoramento dos resultados.

A Discussão do artigo apresenta um diálogo entre os resultados do presente trabalho com a correlação dos indicadores construídos para os serviços de PICS no SUS e evidências encontradas na literatura científica, através de duas categorias temáticas: Critérios/indicadores de qualidades em serviços e sua aplicabilidade em serviços de práticas integrativas e complementares; e a experiência da paciente interface como dimensão avaliativa da qualidade em serviços de PICS no SUS.

E nas Considerações Finais pontua-se os objetivos alcançados, os principais resultados e aponta a sugestão para novas investigações.

De modo geral, o estudo teve limitações impostas pelo atual contexto de saúde mundial – a pandemia do coronavírus, a qual inviabilizou a proposta inicial do TCM da operacionalização de um ciclo de melhoria completo no serviço com a avaliação da experiência do paciente antes e despois das intervenções oportunas, o que não foi possível diante da suspensão das atividades presencial no serviço. Sendo assim, optou-se pelo recurso da pesquisa metodológica, por meio de um compilado das atividades práticas realizadas nos módulos do programa do mestrado.

“Mesmo que seja impossível aos meus olhos; Ou quando penso que não vou aguentar, peço por força e vitória em teu nome; Deus bendito , nunca falharás”.
Deus Bendito (288 Worship)

“Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las... Que triste os caminhos, se não fora, A presença distante das estrelas.”
Mario Quintana

SUMÁRIO

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
NHS	National Health Service
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SQUIRE	*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* 2.0
UBS	Unidade Básica de Saúde
LAPICS	Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
DSC	Unidade Acadêmica Administrativa do Departamento de Saúde Coletiva
CCS	Centro de Ciências da Saúde
RN	Rio Grande do Norte
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PNH	Política Nacional de Humanização

RESUMO

Introdução: A atenção integral é uma das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde, nesse aspecto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde foram introduzidas oficialmente no SUS em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Por outro lado, a experiência do paciente é essencial para o avanço da atenção centrada na pessoa, contemplando aspectos que permeiam as sensações e percepções, podendo assim averiguar até que ponto se o paciente recebe cuidados que sejam respeitosos e condizentes com as suas preferências, necessidades e valores individuais. Faz-se importante agregar essa avaliação da experiência do paciente ao cenário das PICS, atentando para elementos fundamentais da qualidade do cuidado em saúde, como a eficiencia, acessibilida e a segurança da assistência que permitem serem mensurados por indicadores de qualidade. **Objetivo:** Propor indicadores de qualidade da avaliação da experiência do aciente para implementação em um Serviços de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa-ação, com abordagem metodológica propositiva, no sentido de orientar a realização de um ciclo de melhoria com enfoque no monitoramento da qualidade institucional, a partir da apresentação de indicadores de qualidade em um serviço de PICS no SUS. Alem disso, a pesquisa foi desenvolvida com base em uma versão adaptada das diretrizes do *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* 2.0 (SQUIRE), permitindo fazer uma análise qualitativa dos critérios e indicadores construído. O cenário do estudo foi o Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPICS), vínculado ao Departamento de Saúde Coletiva (DSC) do Centro de Ciencias da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), com parecer nº 3.744.495 **Resultados:** O delineamento dessa pesquisa permitiu a realização das seguintes etapas: Diagnóstico situacional/ Identificação da oportunidade de melhoria, através da aplicação da técnica de grupo nominal, matriz de priorização e observação não participante, selecionando-se a oportunidade de melhoria a ser trabalhada; em seguida foi feita uma análise do problema de qualidade, através do diagrama de causa e feito de Ishikawa, selecionando as causas modificaveis e não modificaveis; a partir disso foram construidos sete de critérios para avaliar a qualidade, e desses sete critérios surgiram sete indicadores de qualidade relacionados a dimensões e aspectos da qualidade. Foi confeccionado um instrumento de avaliação dos respectivos critérios; para adiante proceder-se a elaboração de um estudo sobre o nível de confiabilidade dos critérios e indicadores de qualidade, permitindo a construção de um indicador composto que agrupasse os sete subindicadores de qualidade construidos anteriormente, e assim pudesse revelar a experiência do paciente no serviço através da agragação e do percentual de cumprimento desses; foram também elencadas as propostas de intervenção oportunas para melhoria contínua; como também o procedimento padrão para coleta e análise dos dados dos indicadores; por fim, o monitoramento dos resultados foi elencado como uma ferramenta ideal para manuntenção da qualidade do serviço. **Conclusões:** A construção e mensuração de indicadores e critérios de qualidade em serviços de PICS no Brasil é primordial para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade do processo de trabalho, visto que identificar a percepção e fazer uma correlação com a satisfação das expectativas do

usuário do serviço, bem como trazer aos profissionais a oportunidade de projetar suas ações com base na necessidade do serciente, da comunidade e nas competências profissionais, é essencial para a melhoria contínua de qualquer serviço de saúde. No cenário das práticas integrativas, voltado para a implementação das tecnologias do cuidado interacionais, isso é primordial, visto favorecer o fortalecimento das relações sociais, da criação de vínculo, e da possibilidade de identificação dos reais problemas existentes.
DESCRITORES: Terapias complementares; Satisfação do Paciente; Melhoria de Qualidade; Assistência centrada no paciente; indicadores de qualidade em assistência à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Comprehensive care is one of the main guidelines of the Unified Health System, in this respect, Integrative and Complementary Practices in Health were officially introduced in the SUS in 2006, through the National Policy on Integrative and Complementary Practices in Health. On the other hand, the patient's experience is essential for the advancement of person-centered care, contemplating aspects that permeate sensations and perceptions, thus being able to ascertain the extent to which the patient receives care that is respectful and consistent with their preferences, needs and individual values. It is important to add this assessment of the patient's experience to the scenario of PICS, paying attention to fundamental elements of the quality of health care, such as efficiency, accessibility and safety of care, which allow it to be measured by quality indicators. **Objective:** To propose quality indicators for implementation in Services of Integrative and Complementary Practices in Health in SUS. Methodology: This is an action-research, with a propositional methodological approach, in order to guide the realization of a cycle of improvement focused on monitoring institutional quality, based on the presentation of quality indicators in a PICS service in the SUS . In addition, the survey was developed based on an adapted version of the guidelines of the Standards for Quality Improvement Reporting Excellence 2.0 (SQUIRE), allowing for a qualitative analysis of the constructed criteria and indicators. The study setting was the Laboratory of Integrative and Complementary Practices in Health (LAPICS), linked to the Department of Public Health (DSC) of the Health Sciences Center (CCS) of the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN), and it was submitted and approved by the Ethics and Research Committee of the Onofre Lopes University Hospital (HUOL), under opinion No. 3.744.495 **Results:** The design of this research allowed the following steps to be carried out: Situational diagnosis/ Identification of the opportunity for improvement, through the application of nominal group technique, prioritization matrix and non-participant observation, selecting the improvement opportunity to be worked on; then an analysis of the quality problem was made, through the cause diagram and made by Ishikawa, selecting the modifiable and non-modifiable causes; From this, seven criteria were built to assess quality, and from these seven criteria, seven quality indicators related to dimensions and aspects of quality emerged. An instrument to assess the respective criteria was created; to proceed with the elaboration of a study on the level of reliability of the quality criteria and indicators, allowing the construction of a composite indicator that would group the seven quality sub-indicators constructed previously, and thus could reveal the patient's experience in the service through the aggregation and percentage of compliance with these; timely intervention proposals for continuous improvement were also listed; as well as the standard procedure for collecting and analyzing indicator data; finally, the monitoring of results was listed as an ideal tool to maintain the quality of service. **Conclusions:** The construction and measurement of indicators and quality criteria in PICS services in Brazil is essential for the improvement and improvement of the quality of the work process, as it identifies the perception and makes a correlation with the satisfaction of the service user's expectations , as well as providing professionals with the opportunity to design their actions based on the needs of the patient, the community and professional skills, is essential for the continuous improvement of any health service. In the context of integrative practices, aimed at the implementation of interactional care technologies, this is essential, as

it favors the strengthening of social relationships, the creation of bonds, and the possibility of identifying real existing problems.
KEYWORDS: Complementary therapies; Patient satisfaction; Quality improvement; Patient-centered care; Quality indicators in health care.

MELHORIA DA QUALIDADE EM UM SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: ENFOQUE NA AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

INTRODUÇÃO

Joyce Wadna Rodrigues de Souza[1]

Ana Tânia Lopes Sampaio[2]

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm ganhado notoriedade mundialmente, principalmente a partir da implementação de novos paradigmas com enfoques na prevenção de agravos e promoção da saúde. Além disso, hoje existe uma maior sensibilização das opções de cuidado disponíveis pelos usuários do serviço de saúde, priorizando a qualidade e segurança da assistência[1].

As PICS, como parte da Medicina Tradicional e Complementar, tem sua implementação no âmbito dos sistemas públicos de saúde cada vez mais incentivada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As primeiras recomendações para implementação dessas práticas se difundiram globalmente com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (Alma Ata, Rússia, 1978), onde a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, no intuito de incentivar o compromisso para formulação de políticas públicas no segmento da Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa, assim como desenvolvimento de pesquisas sobre sua segurança, eficácia e qualidade[1-2]

No cenário Brasileiro, a legitimação e institucionalização das PICS se difundiram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80, tendo como marco histórico a Oitava Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual diversos documentos, portarias e relatórios passaram a fazer parte da trajetória de implementação e regularização das práticas integrativas no Brasil. Destaca-se que a maior autonomia, descentralização e participação popular proporcionadas com a criação do SUS, possibilitaram às esferas de governo estaduais e municipais a implantação das primeiras experiências nessas práticas[3].

Em resposta às reivindicações da população e concretização do incentivo da OMS, bem como dos debates originados nas Conferências Nacionais de saúde, as PICS foram institucionalizadas no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, a qual foi ampliada em 2017 com a publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, onde passou a contemplar as diretrizes e responsabilidades para a oferta de um total de 19 práticas, a saber: homeopatia; medicina tradicional chinesa/acupuntura; plantas medicinais e fitoterapia; observatórios de medicina antroposófica; termalismo social/crenoterapia; arteterapia; ayurveda; biodança; dança circular; meditação; musicoterapia; naturopatia; osteopatia; quiropraxia; reflexoterapia; reiki; shantala; terapia comunitária integrativa; e yoga[4]. Em seguida, essa Portaria foi alterada pela Portaria GM/MS n° 702, de 21 de março de 2018, na qual teve o intuito de avançar na institucionalização das PICS, incluindo mais

10 novas práticas à PNPIC: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica/ Antroposofia Aplicada à Saúde, Ozonioterapia, Terapia de Florais e Termalismo Social/ Crenoterapia[5]. Atualmente o SUS comtempla 29 modalidades de PICS.

Destaca-se também a publicação da Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018, que atualiza os procedimentos e serviço especializado das Práticas Integrativas e Complementares, incluindo-os na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Tais práticas ampliam as possibilidades terapêuticas dos usuários, garantidas abordagens cuidativas integralizadas, de modo a proporcionar a resolubilidade da assistência à saúde[6-7].

As PICS podem ser concebidas como importante ferramenta terapêutica que se difere do modelo convencional de assistência à saúde – modelo biomédico, por considerar o usuário integralmente. A sua procura ocorre por diversos motivos, desde fatores relacionados à baixa ocorrência de eventos adversos; ao efeito da cura de dentro para fora por estímulos naturais; a complementação do tratamento com terapias alopáticas; a utilização de tecnologias leves do cuidado durante a consulta, como o acolhimento e a escuta qualificada; a sua aproximação com os valores, crenças e filosofias do usuário; bem como a sua potencialidade para redução da medicalização[8-9].

Outro fator que favorece a procura das PICS, principalmente em países em desenvolvimento, é a insatisfação com o modelo de atenção à saúde, focado na cura de doenças e na reprodução de procedimentos[8-9].

O modelo de atenção à saúde biomédico, ainda vigente e hegemônico, entende o ser humano em sua complexidade com suas diversas e minuciosas partes relacionadas biologicamente. Em contrapartida, as PICS em sua abordagem holística do ser humano, o considera para além da soma de suas partes, mas como uma unidade de mente-corpo-espírito[10].

Essas práticas compõem um grupo de terapias que não se enquadram nas da medicina alopática. São técnicas naturais que buscam o equilíbrio energético. Elas são consideradas *complementares* porque são utilizadas em paralelo ao tratamento convencional e *integrativas* porque são práticas terapêuticas baseada em evidências científicas de eficácia e segurança. Diferentes das chamadas "práticas alternativas", as PICS não substituem a prática ou técnica biomédica usual. Todas essas PICS estimulam por meio de tecnologias eficientes e seguras, os estímulos naturais de prevenção de doenças/agravos e promoção da saúde, além de serem produzidas com base na realização do acolhimento pela escuta ativa, cpm vistas ao desenvolvimento do vínculo terapêutico e a autonomização, com a integração do ser social no meio ambiente e sociedade[11].

Nota-se nos últimos anos uma elevação da adesão das PICS, mas ainda se observam lacunas na sua implementação no âmbito do SUS, uma vez que o seu potencial

terapêutico não é amplamente explorado, o que torna as suas contribuições para a saúde ainda incipientes quando avaliado seu impacto a nível nacional. Isso pode estar relacionado à tendência do modelo biomédico em mercantilizar a área da saúde, transformando os saberes e práticas em mercadoria. Assim, emerge o desafio em superar a supremacia desse modelo com o aprofundamento do cuidado integral.[9]

A utilização dessas PICS no cenário do SUS é algo que se requer reflexão, sobretudo ao se pensar no sentido da adesão de sua política em um país como o Brasil, com um vasto e heterogêneo território e com uma sociedade complexa, a qual demanda cada vez mais da incorporação de recursos tecnológicos mais sofisticados e menos dispendiosos. Nesse contexto, de luta pela implementação e expansão das práticas integrativas, talvez a melhor resposta se relaciona com a participação dos usuários e engajamento trabalhadores de saúde na prática das PICS.[3]

A perceção dos sentidos, da eficácia e seguranças dessas práticas pelos usuários no dia a dia é uma das melhores formas de avaliar a sua importância para a coletividade, além de ser uma maneira de demonstrar o diferencial nos modos de implementação do cuidado de forma complementar, integrativa e de promoção da saúde, menos onerosa e adepta da perspetiva holística do ser humano.

Destarte, a avaliação da experiência do paciente tem emergido como campo de pesquisa e prática no campo da saúde, além de ser cada vez mais reconhecida como um dos pilares da qualidade na assistência, junto da eficácia e da segurança do paciente. Já sendo utilizadas por alguns sistemas de saúde, como o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, para identificar pontos fortes e fracos do cuidado em saúde e prover a melhoria da qualidade da assistência. A sua inclusão como preceito da qualidade justifica-se por seu valor intrínseco - de que a expectativa de um cuidado humanizado e empático não requer mais nenhuma justificativa. Além das razões utilitárias, como forma de melhorar a segurança do paciente e a eficácia clínica.[12]

Algumas pesquisas ao tempo que sugerem algumas definições para a experiência do paciente, também advertem sobre equacionar com satisfação, uma vez que o conceito da “experiência do paciente”, mesmo que comumente avaliado por “experiência de serviço”, difere entre pacientes, clínicos, políticos, gerentes e acadêmicos. Indicando que a experiência do paciente é um indicador clínico de qualidade; porém advertindo para o paralelismo com a satisfação, uma vez que há uma relação complexa entre conhecimento do paciente, suas expectativas, a experiências de cuidado, sua avaliação sobre o cuidado e medidas objetivas de benefício do paciente.[13-14]

Os termos satisfação do paciente e experiência do paciente, mesmo usados de forma paralelamente, não são a mesma coisa. Por exemplo, para avaliar a experiência do paciente, deve-se descobrir se algo que deveria acontecer em um ambiente de cuidados de saúde (como uma comunicação clara com um provedor) realmente aconteceu ou com que frequência isso aconteceu. Por outro lado, a satisfação relaciona-se com o atendimento

das expectativas do paciente sobre um encontro em saúde, então, pessoas que recebem o mesmo cuidado, mas tem expectativas diferentes sobre como o atendimento deve ser realizado provavelmente darão classificações diferentes de sua satisfação.[15]

Assim, as principais definições, proposta por The Beryl Institute, para a experiência do paciente seria: “a soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as perceções do paciente, em todo o cuidado”, a qual surgiu dos esforços de um grupo de líderes em saúde que identificaram os elementos-chave que moldam seu trabalho na experiência do paciente. Então, a partir de investigações para identificar temas chaves nas organizações, surgiram quatro: interações pessoais, cultura organizacional, perceções de pacientes e familiares e em todo o contínuo de cuidado.

A partir desses temas, uma definição foi construída e validada pela comunidade mais ampla do Instituto para obter mais feedback e refinamento. É esta a definição mais utilizada atualmente (com ou sem adaptações) por um número de instituições de saúde globalmente como sua própria definição de experiência do paciente.[14-16]

No intuito de melhorar a experiência do paciente, é necessário descobrir o que os próprios pacientes pensam e usar essas informações de forma construtiva. Todavia, as suposições dos profissionais de saúde sobre o que precisa mudar podem não corresponder ao que é mais importante para os pacientes. Tendo em vistas que a equipe pode ter preocupações de que os pacientes apresentem uma lista de demandas caras e irrealistas. Mas, na verdade, sabe-se que o que mais importa para os pacientes é o que está em seu torno de relacionamentos, informações e atitudes, bem como as pequenas mudanças de baixo custo que podem fazer uma grande diferença.[17]

Desse modo, tendo em vistas a experiência do paciente como um componente fundamental da qualidade do cuidado, a sua melhoria deve ser colocada como prioridade para os sistemas de saúde. Apesar de existirem evidências sobre a importância da avaliação da experiência de cuidado, o ritmo ainda é lento, havendo ainda um longo caminho a percorrer para promoção de mudanças genuínas e consistentemente na atenção centrada na pessoa. Isso demonstra que coletar dados sobre as experiências dos pacientes não é suficiente; precisa-se usá-los para melhorar o atendimento.

Considerando essa perspectiva, a abordagem de um fenômeno ainda incipiente como a experiência do paciente no âmbito dos serviços de PICS, o desenvolvimento de um estudo com essa abrangência se justifica para subsidiar o planejamento, implementação e monitoramento dessas práticas, contribuindo para expansão, melhoria e fortalecimento das PICS.

Apesar dos significativos avanços conquistados pelas PICS nos cenários do sistema de saúde brasileiro, conforme apresentado no 2º e 3º ciclo do PMAQ, onde um dos critérios de avaliação máxima de qualidade para uma UBS seria ter ou não as PICS inseridas no elenco de procedimentos oferecido aos usuários do SUS.[18] Destarte, em nenhum momento durante pós implantação da PNPICS no SUS foram definidos critérios que avaliassem os

serviços definidos do SUS.

Para tanto, torna-se fundamental propor indicadores de qualidade para serem implementados em serviços de práticas integrativas e complementares em saúde, com enfoque principalmente nos aspectos que envolvem a melhoria da qualidade nesses serviços, como: eficiência, ambiência, eficácia, segurança e assistência centrada no paciente nesses cenários.

OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade em um Serviço de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Propor indicadores e critérios de qualidade para avaliação em um serviço de PICS;
- Levantar evidências científicas sobre a mensuração de critérios de qualidade em serviços de PICS;
- Apresentar instrumento que avalie a percepção dos usuários sobre o serviços de PICS;
- Orientar a implementação de ciclos de melhoria de qualidade em serviços de pics;
- Nortear a identificação de oportunidades de melhorias a partir da mensuração da percepção/experiência do paciente.

METODOLOGIA

TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa-ação, com abordagem metodológica propositiva, no sentido de orientar a realização de um ciclo de melhoria com enfoque no monitoramento da qualidade institucional, a partir da apresentação de indicadores de qualidade em um serviço de práticas integrativas e complementares no SUS.

A análise qualitativa dos critérios e indicadores construído, bem como a construção de toda a pesquisa teve embasamento na versão adaptada das diretrizes do *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* 2.0 (SQUIRE), uma vez que apresenta estrutura e descrição dos padrões usados nos ciclos de melhoria da qualidade.[19-21]

CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa iniciou no mês de junho de 2019, ressaltando que etapas subsequente que envolviam a participação de seres humanos só tiveram prosseguimento com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, e foi desenvolvida no Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPICS), uma Unidade Acadêmica Administrativa do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) vinculada ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

O LAPICS funciona como um Serviço-Escola da UFRN, conveniado com o SUS, promovendo ações de atenção, ensino, pesquisa e extensão em PICS, além de fornecer suporte aos municípios do Rio Grande do Norte (RN) que tenham suas políticas municipais implantadas ou em fase de implantação na área de PICS.

Com a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) através da Portaria GM/MS nº 971 de 03 de maio de 2006, promovendo a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS, bem como definindo objetivos e diretrizes gerais e específicos para atuação nas PICS, o Estado do Rio Grande do Norte atentando para essas diretrizes pública em 27 de junho de 2011 a Portaria 274/ GS, que aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas Complementares no SUS do RN- PEPIC/RN, enquanto que no município de Natal foi publicada em 05 de maio de 2016 Portaria 137/2016.

Logo, em 15 de maio de 2012, foi lançado o Projeto de Extensão denominado “Centro de Atenção e Pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares” CAPPIC/ UFRN e em 30 de setembro de 2016 foi criada a Unidade Administrativa do Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares- LAPICS/UFRN.

O LAPICS tem como clientela os Usuários do SUS do RN e comunidade acadêmica da UFRN, funcionando de segunda a sexta em horário comercial, em Sede própria, anexo ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), inaugurado em setembro de 2018, no

município de Natal – RN. Atualmente conta com uma estrutura toda arquitetada para oferecer um cuidado integrativo que se inicia pelo Jardim Terapêutico, seguindo-se de espaços de Recepção/Sala de Espera; Salas para realização do Acolhimento Integrativo Humanescente[20, 47], sete consultórios integrativos (cada um com a energia de um chakra), uma sala ampla de Práticas Corporais de Grupo; Sala da Coordenação; secretaria, banheiros para usuários; e ambiente externo para Práticas Naturais Verdes.

Os profissionais que atuam neste serviço são servidores do quadro permanente da UFRN distribuídos em funções de coordenação, administrativo, terapeutas integrativos, com a colaboração de Residentes multiprofissionais, pesquisadores e bolsistas de pesquisa e extensão vinculados à UFRN, além de terapeutas voluntários selecionados em processo por edital público.

Ainda, este serviço funciona como porta aberta e está vinculado ao SUS, atendendo principalmente a demanda referenciada pelo HUOL ou pela Rede Municipal de Saúde de Natal e Estadual de Saúde do RN, com atendimento agendado. Oferecendo as seguintes Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Acupuntura, Auriculoterapia, Aromoterapia, Arteterapia, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Meditativa, Geoterapia, Shiatsu, REIKI, Fitoterapia Tradicional Chinesa, Harmonização energética, Terapia floral, Lava-pés terapêutico, Homeopatia, Yoga, Meditação, Massagem, Bioeletrografia, Cura Prânica, dentre outras.

Ressalta-se que no mês de março de 2020 foi decretado em todo território nacional a Pandemia do SARS-CoV-2, levando à suspensão das atividades presenciais pelo serviço acima citado, o que dificultou a implementação do questionário inicialmente proposto para validação dos critérios de qualidade a partir da aplicação do mesmo.

Neste sentido, a pesquisa-ação que seria realizada de forma aplicada em sua integralidade, foi adaptada em sua fase final - de coleta de dados, para uma pesquisa metodológica propositiva, considerando a importância de oferecer a outros serviços de práticas integrativas do SUS a oportunidade vivenciada por esta pesquisadora em relação a utilização de critérios de qualidades para serviços de PICS no Brasil.

DESENHO DAS ETAPAS DO ESTUDO

A construção de indicadores de qualidade em um serviço de saúde requer um método próprio e eficaz para a melhoria da qualidade voltada a realidade do cenário estudado, por isso todas essas fases foram direcionadas pelo SQUIRE 2.0, uma ferramenta simples e simples e eficaz[19], que direcionou os seguintes passos:

- Diagnóstico situacional/Identificação da oportunidade de melhoria
- Análise do problema de qualidade
- Construção de critérios para avaliar a qualidade

- Elaboração de um estudo sobre o nível de confiabilidade dos critérios e indicadores de qualidade
- Elaboração de intervenção oportunas para melhoria contínua
- Coleta e análise dos dados
- Monitoramento dos resultados

As etapas a serem seguidas para o delineamento metodológico desta pesquisa, conforme recomenda,[20] iniciou com a identificação da oportunidade de melhoria ou tema a ser estudado, com sua análise em função do conhecimento que se tenha sobre suas causas. Essa priorização permitiu dar início a construção dos critérios de qualidade, que servem para direcionar a mensuração do nível de qualidade.

Com isso, pode-se iniciar o estudo propriamente através da análise do nível de qualidade de aspecto do serviço proposto, por meio de observação participante do processo de trabalho, realização de técnica grupal, com os profissionais do serviço, e adiante analisar e discutir os resultados desta avaliação, permitindo assim o planejamento e implementação da intervenção oportuna, que neste caso foi propor indicadores a partir da construção de critérios de qualidade para o serviço.

Por fim, foi construído um questionário de mensuração da “experiência do paciente” para medir o efeito da intervenção na qualidade do serviço, bem como foi traçado um Diagrama de afinidades e de Gantt para propor intervenções oportunas.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto está cadastrado na Plataforma Brasil, e foi direcionado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes Universidade Federal do Rio Grande do Norte – HUOL - UFRN, com CAAE n° 20708719.0.0000.5292. Para a apreciação e aprovação, foi encaminhada uma carta à Coordenação do Departamento de Saúde Coletiva (DSC/UFRN) solicitando a anuência para realização da coleta dos dados no LAPICS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, com parecer nº 3.744.495, tendo a participação no estudo início mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado em duas vias, assinado pelos participantes da investigação, bem como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias, constarão o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.

A coleta de dados se deu mediante leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde consta: justificativa, objetivos e procedimentos; desconfortos, riscos e benefícios; forma de acompanhamento e assistência; garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo; custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos; declaração do participante

ou do responsável pelo participante.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as exigências formais definidas na Resolução 466/12 e 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que versam sobre a realização de pesquisas com seres humanos, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade.[5-7]

RESULTADOS

O delineamento de uma avaliação da qualidade perpassa, primeiramente, pela identificação de uma oportunidade de melhoria (ou problema de qualidade) em um determinado setor, serviço ou instituição, no intuito de proporcionar a melhoria da qualidade da assistência, por meio de passos pré-definidos.[22]

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL/IDENTIFICAÇÃO DA OPORTUNIDADE DE MELHORIA

A reflexão sobre o que se quer/deve melhorar em uma instituição é o ponto de partida para qualquer atividade de avaliação da qualidade. Assim, o ciclo avaliativo inicia-se com a identificação da oportunidade de melhoria. Uma vez que, essa é uma das fases mais importante para fundamentar uma escolha assertiva, pois depende disso o sucesso da avaliação. Nessa fase, qualquer decisão tomada reverbera no desenvolvimento metodológico das etapas subsequentes - análise do problema, avaliação e intervenção.[22]

Assim, para identificar a oportunidade de melhoria relacionada à construção de um painel de indicadores para um serviço de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, se optou pela aplicação da **técnica de grupo nominal** e a **matriz de priorização**.

Sobre a técnica de grupo nominal, esta permite a reflexão individual, pois incentiva a gerar e priorizar ideias. Ademais, pode ser aplicada com um grupo homogêneo, com menos de 10 pessoas, quando os participantes já possuem experiência/conhecimento sobre a temática/situação abordada. Durante sua a realização, preza-se pela participação paritária de todos os participantes, assegurando a manifestação das posturas e ideias minoritárias, que não seriam expostas em uma discussão aberta. Seu delineamento é conduzido de forma muito estruturada e requer que se sigam as seguintes etapas:[22]

1. Geração de ideias de forma individual;
2. Registro da lista individual de ideias;
3. Esclarecimento das ideias;
4. Priorização individual das ideias (votação preliminar);
5. Discussão do voto preliminar;
6. Voto final.

Já a matriz de priorização, utiliza-se para tomada de decisão com base em múltiplos critérios, ela pode ser aplicada tanto se os critérios empregados são considerados de igual importância ou se seguem alguma hierarquia; neste caso, adota-se uma planilha matricial separando os distintos problemas de qualidades na primeira coluna e os critérios de avaliação na primeira fila. Estes problemas de qualidade são avaliados separadamente e recebem uma pontuação que é contabilizada em seu total no final. Assim, o nível de

priorização é dado pela ordenação dos problemas de qualidade de forma decrescente, conforme a pontuação obtida.[22-23]

Destaca-se que são diversos os métodos utilizados para priorizar e avaliar a relevâncias do problema de qualidade e assim selecionar a oportunidade de melhoria, a exemplo das indicações da Joint Commissionon Accreditation of Health Care Organization, as quais podem direcionar, já que orientam a selecionar processos tanto de forma individual, quanto coletiva, frequentes, de alto risco para os usuários, ou até mesmo aqueles que já se conhece sua tendência para a serem problemáticos[22-23.]

Na ocasião, participaram da discussão os integrantes do quadro permanente da equipe do LAPICS/UFRN. Para que este processo se repita em outros serviços, descreveremos as etapas realizadas:

Cada participante elencou de três a cinco propostas. Após análise das listas individuais, foram selecionados oito problemas ou oportunidades de melhoria. Em seguida, empregou-se apenas três problemas ou oportunidades de melhoria elencados a matriz de priorização por cada participante, que deram notas de um a cinco, sendo o itens com maior impacto na oportunidade de melhoria foram: sistemas de informação e regulações de padrões, relacionado a necessidade do estabelecimento de padrões de qualidade e metas a serem cumpridas com periodicidade, bem como a melhoria da qualidade do sistemas de registro refletindo a dificuldade na aplicabilidade dos indicadores no serviço.

A partir disso, já foram formuladas intervenções pertinentes e oportunas para implementação no serviço. Adiante, resolveu-se que a meta dos indicadores seria estabelecida após a constatação de que houve melhoria da qualidade dos dados divulgados no LAPICS/UFRN, e que por sua vez, esses dados refletiriam a experiência do paciente no serviço.

Assim, percebe-se que identificar problemas de qualidade ou oportunidade de melhoria é o intuito dos sistemas de monitoramento da qualidade, por quanto se há uma avaliação pré-estabelecida sobre um aspecto concreto do serviço (ex: tempo de espera do paciente, nível de satisfação, acessibilidade) isso permite a identificação constante de problemas relacionado a assistência ofertada. Quanto mais ampla for a lista de indicadores mensurados e monitorados periodicamente, maior será a capacidade de identificar problemas e tratá-los oportunamente.[22-23]

ANÁLISE DO PROBLEMA DE QUALIDADE COMO OPORTUNIDADE DE MELHORIA

A análise do problema de qualidade é fundamental para tomada de decisão, e ela pode ser realizada com auxílio de diversos métodos úteis nessa avaliação, podendo ser aplicados até mesmo com ou sem dados prévios do problema de qualidade, a exemplo do: diagrama de causa e efeito, fluxograma, histograma, estratificação, diagrama de

Pareto e gráfico de controle. A partir disso, seguir as seguintes direções: primeiramente o planejamento da intervenção; em seguida, a elaboração do estudo sobre o nível da qualidade; e/ou construir um estudo sobre causas hipotéticas.[23]

Para uma avaliação da qualidade factível se requer que essas primeiras fases – as quais antecedem a coleta de dados, relacionadas a tomadas de decisões importantes para a identificação do problema de qualidade ou oportunidade de melhoria, a análise do objeto selecionado e a elaboração de critérios válidos e confiáveis para medir a qualidade sejam elementos norteadores para as etapas posteriores, com planejamento da coleta de dados adequado, para estudar e dimensionar o problema de qualidade.[23]

Conforme orienta o autor supracitado, para uma análise factível do problema de qualidade, optou-se pela utilização do diagrama de causa-efeito, conhecido como Diagrama de Ishikawa ou “diagrama de espinha de peixe”, que de funciona de forma simples, porém eficiente para determinar as causas de um problema de qualidade, ou para detectar subáreas problemáticas de uma oportunidade de melhoria.[24-26]

O processo de levantar causas, no intuito de produzir um determinado efeito, pode apresentar dicotomias existentes em diversos aspectos que permeiam as instituições de saúde, a exemplo de aspectos estruturais, matéria-prima, insumos, equipamentos, e máquinas; bem como a informações do método, processo, medidas e ferramentas de trabalho; à situações relacionadas aos consumidores do serviço (usuários); à condições ambientais, individuais dos envolvidos na mão de obra/métodos/procedimentos de trabalho - os profissionais; e representa uma ferramenta da qualidade importantíssima: O Diagrama de Ishikawa. Esse método oportuniza a identificação de forma facilitada de problemas factíveis, permitindo um comando assertivo para resolução.[27-28]

Nesse ínterim, as causas foram divididas em quatro grupos: Estrutural; Método; Usuários; e profissionais; todas relacionadas a aplicabilidade dos indicadores. As causas levantadas foram divididas em causas não modificáveis e causas modificáveis. O Diagrama de causa-efeito, aplicado à oportunidade de melhoria para “construção de um painel de indicadores e critérios de qualidade em um serviço de Práticas integrativas em saúde”, pode ser verificado na figura abaixo.

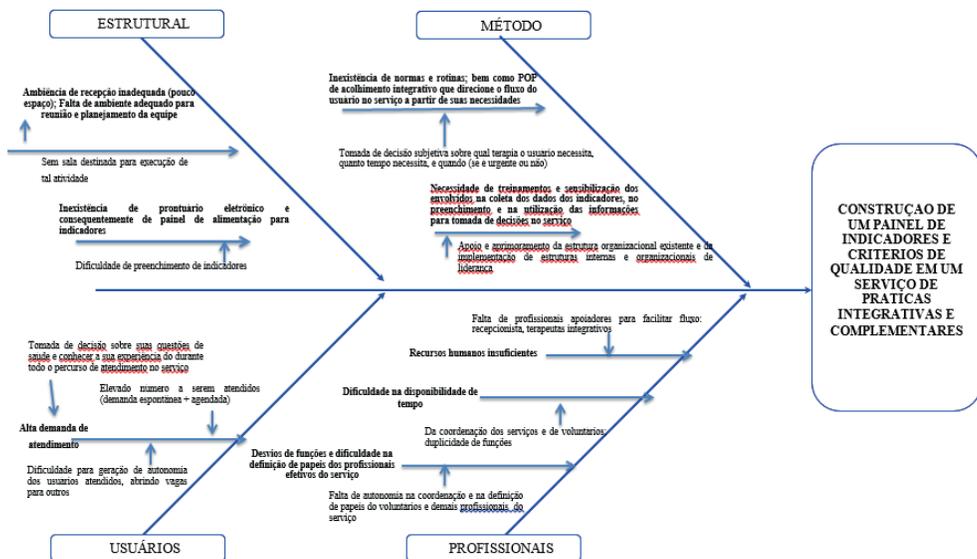



Figura 1. Análise da oportunidade de melhoria com um Diagrama de Causa e efeito em um serviço de práticas integrativas e complementares, Natal/RN, 2021.

Fonte: própria pesquisa, 2021

Foram elencadas como causas não modificáveis, aquelas que não seriam factíveis de serem modificadas com intervenções a curto prazo, bem como àquelas que fogem da capacidade de intervenção do serviço,[29] dentre as quais pode-se destacar: inexistência de recursos humanos suficientes para a demanda que o serviço abarca e para exclusividade na alimentação dos dados gerados pela mensuração dos indicadores.

Entre as causas hipotéticas e modificáveis, ou seja, as que mesmo sem documentação científica prévia, estejam relacionadas ao problema selecionados, destaca-se a preocupação com cumprimento da coleta dos dados, sua análise e a apresentação dos indicadores, que evidenciam quais áreas avaliadas necessitam de intervenção. Isso se reflete pela dificuldade na disponibilidade de tempo por parte da coordenação e voluntários do serviço, bem como pela visualização que esse monitoramento pudesse contribuir para ações de melhoria do serviço.[29]

Nas causas modificáveis quantificadas enfatizou-se a questão da necessidade de implementação e seguimento das normas e rotinas do serviço, ausência de prontuário eletrônico, alta demanda de atendimento e consequentemente sobrecarga de funções da equipe do quadro permanente do serviço, o que pode dificultar o preenchimento dos indicadores pelos profissionais do serviço.

Nas causas modificáveis não quantificadas salientou-se a necessidade de treinamentos e sensibilização dos envolvidos na coleta dos dados dos indicadores, no

preenchimento e na utilização das informações para tomada de decisões no serviço. Além, do reforço necessário para o apoio e aprimoramento da estrutura organizacional existente e da implementação de estruturas internas e organizacionais de liderança, assim como a necessidade de empoderar o serciente na tomada de decisão sobre suas questões de saúde e conhecer a sua experiência do durante todo o percurso de atendimento no serviço.

As causas hipotéticas são aqueles fatores que podem ter relação com a presença de alguns critérios de qualidade, ou seja, podem estar relacionados a esses requisitos de qualidade. Para conferir se realmente há uma influência desses fatores, necessita-se confeccionar estudos que permitam a mensuração dos requisitos de qualidade (critérios ou indicadores) e as causas hipotéticas.[29]

CONSTRUÇÃO DE CRITÉRIOS PARA AVALIAR A QUALIDADE

Na avaliação do nível de qualidade se mensura o cumprimento de critérios - os requisitos de qualidade definidos previamente, cuja ausência ou presença deste reflete o nível de qualidade do aspecto analisado, ou seja, nesse tipo de estudo se verifica se os requisitos de qualidade estão sendo executados de forma correta.[27]

Tais critérios, podem ser entendidos como ferramentas de mensuração da qualidade, já que sua aplicação leva a identificação se diferentes aspectos do serviço estão sendo ofertados em conformidade ou má qualidade. Definir um critério, equivale a estabelecer um padrão a ser alcançado na assistência prestada, ou seja, o critério é um requisito de qualidade que deseja-se estar presente, por isso devem ser relevantes, realísticos, sem ambiguidades e aceito pelos profissionais. Percebe-se que sua construção e a correta seleção determinam o sucesso ou fracasso da intervenção de melhoria.[29]

O meio pelo qual ocorrerá a coleta de dados é preciso ser definido no planejamento da avaliação da qualidade. Geralmente se utiliza o registro da história clínica, bem como de outros dados relacionados à temática estudada, no caso de avaliações retrospectivas. No entanto, tem sido cada vez mais frequente o uso de outras fontes de dados, como os enquetes ad hoc, com interesse de conhecer a opinião do usuário sobre determinado aspecto do serviço, por exemplo.[30]

Assim, a coleta de dados necessária para avaliação desses critérios para intervenção de melhoria, poderá acontecer com o auxílio de um questionário previamente estruturado voltado a questões que refletem a qualidade do serviço. No caso em estudo, foi enfocado a experiência do paciente no serviço, além de dados que podem ser avaliados a partir da observação do processo de trabalho e do acervo de documentos do serviço nas fases iniciais do estudo.

Nesse caso, as avaliações deverão ocorrer através da aplicação de um questionário semiestruturado, que constam com questões fechadas (Quadro 01 e Apêndice A), direcionado aos usuários atendidos no período da coleta no serviço, objetivando verificar o

nível de cumprimento dos critérios de qualidade (Quadro 2).

O paciente é o consumidor final do "produto" da assistência à saúde, e tem papel fundamental na identificação de oportunidades de melhoria da qualidade. Conhecer sua percepção é crucial para os aspectos que se relacionam com a satisfação de suas expectativas, enquanto representa uma fonte de informação para além dos registros habituais.[29]

Dessa forma, o instrumento está organizado em 23 questões, divididas por partes: a primeira com variáveis sociodemográficas dos participantes (idade, identidade de gênero, raça, grau de instrução, município de residência) e a segunda parte composta por itens que abrangem as dimensões da qualidade – comunicação com profissionais, ambiência, cuidado, preparação para alta, avaliação da instituição e opinião.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO
• **Só deve preencher este questionário se já você tiver sido atendido no serviço** • **Responda todas as perguntas marcando o quadrado à esquerda da sua resposta** • **Responda as perguntas deste estudo referente à sua experiência neste serviço e não inclua qualquer outra experiência em outro serviço nas suas respostas.**
PARTE 1- Características socioeconômicas
1. Qual a sua idade? ( ) 18 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) 51 a 59 anos ( ) 60 anos ou mais
2. Qual a sua identificação de gênero? ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Homem Transgênero ( ) Mulher Transgênero ( ) Cisgênero ( ) Outro ________________________ ( ) Preffiro não responder
3. Qual a sua cor ou raça? ( ) Branca( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Outro: _____________
4. Qual o seu grau de instrução? ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo
5. Qual o seu estado civil? ( ) Solteiro ( ) Separação legal (judicial ou divórcio) ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Viúvo ( ) Outro
6. Qual o seu município de residência? ( ) Natal( ) Região Metropolitana de Natal ( ) Outro município do RN: _____________
PARTE 2- Experiência no LAPICS
Sobre o atendimento na Recepção do LAPICS: **1. O atendimento é informativo e gentil?** ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre **2. Você foi informado quais terapias e terapeutas estão a sua disposição?** ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre **3. Você consegue agendamento para as terapias com facilidade?** ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

Sobre o ambiente do LAPICS: 4. O ambiente do serviço foi acolhedor, oferecendo conforto e segurança durante o atendimento? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre
Sobre o atendimento com o Terapeutas integrativos: 5. Durante o acolhimento você foi ouvido atentamente? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 6. Os terapeutas falam na sua frente, olhando para você? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 7. Os terapeutas te chamam pelo nome? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 8. Os terapeutas te explicaram coisas de forma que conseguisse entender? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 9. Durante o atendimento você recebeu informações sobre a terapia? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 10. Durante a terapia foi explicado sobre a sua duração, alta e seguimento pós-alta? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 11. Durante o atendimento você recebeu informações sobre a terapia? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre
Sobre o atendimento no serviço de forma geral, da recepção a sua saída: 12. O pessoal do serviço te tratou com cortesia e respeito? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 13. Durante a espera para o atendimento você recebeu alguma orientação ou participou de atividade educativa? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre 14. O tempo de espera para o atendimento agendado foi satisfatório? ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre
Classificação Geral do serviço 15. Usando um número de 0 a 10, onde 0 significa o pior serviço possível e 10 o melhor possível, que número usaria para classificar o LAPICS? ( ) 0( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10 16. Que parte da experiência do serviço deixou você satisfeito? ( ) Recepção ( ) Acolhimento Humanescente ( ) Terapia Individual ( ) Escalda Pés ( ) Outro: ____ 17. Que área acha que precisamos melhorar do serviço? ( ) Recepção ( ) Acolhimento Humanescente ( ) Terapia Individual ( ) Escalda Pés ( ) Outro: ____
Obrigada por sua contribuição para melhoria do serviço!

Quadro 1. Instrumento de avaliação da experiência do paciente em um serviço de práticas integrativas e complementares, Natal/RN, 2021.

Fonte: dados da pesquisa, 2021

São considerados fatores detratores da experiência do paciente (aqueles que não cumprem os critérios de qualidade) as variáveis de respostas “nunca” e de “0 a 6”;

enquanto os fatores neutros são “algumas vezes”, “quase sempre” e de “7 a 8”; logo os fatores promotores, aqueles que cumpre fielmente os critérios exigidos de qualidade, são as respostas “Sempre” e a classificação “9 a 10”.

Dessa forma, ao realizar uma avaliação da qualidade de um serviço, é possível elencar diversos critérios ou requisitos, os quais correspondem a uma ou mais das dimensões da qualidade, e estão formados por dados relacionados tanto à estrutura, processo e resultado. Isso dá embasamento para uma reflexão descritiva acerca da sua validade na avaliação da qualidade. Em outras palavras, se as presenças desses critérios revelam a qualidade do serviço avaliado, bem como seus valores e/ou níveis, incidem diferentes níveis de qualidade[31].

A seguir é possível conferir os critérios de qualidade (especificamente os critérios de resultados), construídos como parâmetros ou instrumentos de medição, onde procurou-se assegurar que os aspectos influídos pelo processo ou forma de realizar as atividades, bem como fatores considerados de confusão, durante a sua medição e interpretação, não possam interferir, a exemplo das questões geralmente relacionadas individualmente com os próprios usuários dos serviços, independentemente de como se procedeu a realização da coleta desses dados.

Critério	Esclarecimentos	Dimensão/aspecto da qualidade	Indicador Avaliado	Nº da Questão
Todo usuário do serviço deve ser informado na recepção sobre fluxo do serviço, terapias e terapeutas disponíveis, bem como de datas livres para agendamento.	Considera-se a importância do usuário sentir-se informado, recebendo informações e recebendo opções para o seu cuidado, bem como da disponibilização de informações por meio de cartilhas, boletins, banners, ações de Educação em saúde, dentre outros meios, sobre o serviço e seu fluxo.	Sistema de Informação / Acesso / Acessibilidade	Percentual de informação, comunicação e transparência do serviço	Segunda parte do questionário, questão nº 01 a 03
Todo usuário deverá usufruir de um espaço adequado para promoção da escuta, análise, definição de oferta do cuidado com base na necessidade de saúde.	A ambiência é uma diretriz primordial para a execução de uma escuta qualificada, tendo em vista a promoção de um ambiente agradável onde o paciente fica à vontade para expressar suas demandas de saúde.	Ambiência (Estrutura)	Percentual de capacidade organização e estrutural do serviço	Segunda parte do questionário, questão nº 04
Todo usuário deverá passar por uma escuta qualificada no acolhimento humanescente.	O tratamento deve ser individualizado, levando em conta as questões e demandas do usuário. Assim, a equipe deve prover de característica de pessoal que ouve e passa tempo com o paciente.	Atenção centrada no paciente	Percentual de pacientes que receberam escuta qualificada e acolhimento integrativo humanescente	Segunda parte do questionário, questão nº 05

Todo usuário deverá receber tratamento individualizado e sem rotulagem.	Usuário deve ser tratado como pessoa, não como um número, usando linguagem fácil de entender.	Atenção centrada no paciente / Adequação	Percentual de tratamento individualizado e sem rotulagem	Segunda parte do questionário, questão nº 06 e 07
Todo usuário deverá ser informado sobre a terapia recebida, seus riscos, beneficio, duração e alta.	O terapeuta deve prezar pelo envolvimento do paciente nos cuidados, poder fazer perguntas, produzindo ais sensibilização do público sobre a condição e apoio pós-tratamento, com incentivo ao autocuidado.	Efetividade	Percentual de Cuidado e preparação para alta	Segunda parte do questionário, questão nº 08 a 11
Todo paciente deverá está satisfeito com tempo de espera pelo atendimento, bem como ser tratado com cordialidade e respeito por todos os funcionários	O tempo de espera pelo atendimento agendado não poderá excedesse muito (>30 minutos), e esse momento deverá ser aproveitado para realização de ações de educação em saúde e estimulação do autocuidado.	Satisfação do paciente	Percentual de satisfação do paciente com o serviço e tempo de espera	Segunda parte do questionário, questão nº 12 a 14
Todo usuário deverá ter a melhor experiência possível no serviço	A classificação da experiência no serviço relaciona-se com processo eficientes, resultados positivos, continuidade do atendimento, consistências na informações e o cuidado centrado no paciente.	Atenção Centrada no Paciente	Percentual da experiência do paciente	Segunda parte do questionário, questão nº 15 a 17

Quadro 2. Critério de qualidade para experiência do paciente em um serviço de práticas integrativas e complementares, Natal/RN, 2021.

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

ELABORAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE CONFIABILIDADE DOS CRITÉRIOS E INDICADORES DE QUALIDADE

Monitorar um arranjo de indicadores sobre aspectos e ações de uma instituição ou serviço é o ponto de partida mais rotineiro da ferramenta de monitoramento, servindo de base para a implementação das atividades de gestão da qualidade, assim como se recomenda e observar-se em algumas organizações, a exemplo da Joint Commission, e diversos outros autores. O intuito dessas mensurações é averiguar se os indicadores estão em um nível aceitável, como também perceber aspectos-problema que devem ser avaliados e melhorados[32.]

Dessa forma, os indicadores de citados no Quadro 01 formam uma seleção de subindicadores relacionados às dimensões e aspectos da qualidade dos diversos cenários dos serviços de saúde, como: efetividade; acesso; ambiência; adequação; segurança; e atenção centrada no paciente[33]; bem como formam um conjunto do indicador composto e principal, verificado abaixo no Quadro 03.

Os indicadores compostos são o agrupamento de vários indicadores em um só. Assim, tem como característica desvelar em um número a qualidade do serviço ou de um conjunto de aspectos essenciais da instituição, o que o torna por definição uma das características mais desejáveis de se encontrar em mensuração por indicadores. Logo, esse tipo de indicador agrega e resume em um único as mensurações de dois ou mais indicadores ou critérios, denominados de subindicadores[33].

O indicador selecionado proporcionará uma avaliação comparativa entre os subindicadores, relacionando aspectos do processo de trabalho avaliado, sem ambiguidade e de maneira clara e precisa. Além disso, este indicador relaciona-se aos critérios do ciclo de melhoria a ser desenvolvido a partir dos dados verificados antes da sua execução, como também após, com fins de monitoramento.

No que se refere a indicadores clínicos, a Joint Commission on Acreditation of Health Care Organization (JCAHO) estabeleceu, há um tempo, um esquema de sete pontos que consideram separadamente se os indicadores selecionados e/ou construídos possuem validade e confiabilidade. Esse esquema é a lista de comprovação simplificada, que tem o seguinte significado: 1. Definição de termos; 2. Tipo de indicador; 3. Fundamentação (justificativa); 4. População-alvo do indicador; 5. Fontes de dados; 6. Fatores subjacentes (relacionados com o paciente/usuário; Alheios ao paciente/usuário - Atuação profissional;. Organização); 7. Bases de dados (comprovação empírica da validade, nem sempre é possível.[33-34]

A análise dos dados mensurados a partir deste indicador composto será de forma pormenorizada e cautelosa, através da aplicação da agregação dos subindicadores e análises dos métodos utilizados pela técnica de porcentagem simples, calculada da seguinte forma: número de cumprimento dos subindicadores dividido pelo número de vezes que se avalia cada subindicador, multiplicado por 100. Logo, indicador composto que sinaliza a porcentagem de casos que cumprem todos os subindicadores.[33]

Em geral, pode-se dizer que os indicadores tipo porcentagem simples estão voltados para responder o seguinte questionamento: Com que frequência os pacientes receberam uma atenção de qualidade? Essa pergunta pode fazer menção a distintos aspectos relacionados aos serviços, estabelecimentos, sistemas de saúde, etc.; bem como a diversas unidades de estudo - global, processos específicos, pacientes, aspectos entre outros.[33]

Assim, cada caso avaliado (questionário aplicado) proporcionará múltiplos subcasos, conforme a quantidade de subindicadores avaliados. Por isso, para responder com precisão à pergunta geral (“assistência de qualidade” ou “sem fatores intervenientes”), necessitam-se amostras menores que as necessárias para avaliar corretamente cada um dos indicadores.

Indicador analisado	Descrição	Utilidade	Método de construção	Tipo de Indicador
Índice da experiência do paciente em um serviço de práticas integrativas e complementares	Verificar a experiência do paciente em um serviço de saúde, vai além de mensurar a satisfação deste, uma vez que revela todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam a percepção do paciente por meio do atendimento prestado. Além disso, medirá aspectos relacionados a processos e resultados, apesar de poder revelar também os relacionados à estrutura, utilizando como fonte de dados questionários aplicados a pacientes que usufruem do serviço, selecionados pelo método de amostragem sistemática do tipo aleatória simples.	Ideal para monitorar aspectos relacionados à variabilidade no processo de trabalho da equipe de terapeutas, bem como aspectos relacionados à ambiência e aos aspectos administrativos do laboratório.	O indicador selecionado revela as boas práticas dos serviços de saúde, levando aos prestadores de assistência e aos receptores a refletirem em conjunto sobre a qualidade e os aspectos que precisam ser melhorados.	Composto sem ponderação de subindicadores

Quadro 03. Análise crítica do indicador selecionado a partir de uma avaliação comparativa entre os subindicadores através do esquema da Joint Commission e Saturno Hernández (2017) (Natal/RN, 2021).

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Destaca-se que a construção desse indicador composto também seguiu o atual consenso acerca da mais apropriada metodologia de construção para indicadores compostos, uma vez que em experiências pregressas foram identificados passos ou decisões que podem ser especialmente problemáticos, como a validação. As principais considerações dessa metodologia podem ser observadas nos seguinte passos:[3-34]

1. Decidir sobre o fenômeno, aspecto ou problema a ser medido (Qual a vantagem de utilizar um indicador composto?);

2. Seleção de subindicadores (Justificativa da seleção, relevância e validade de cada subindicador a ser incluído;

3. Avaliar a existência e a qualidade dos dados necessários para medir os subindicadores selecionados (Métodos preestabelecidos para lidar com a ausência parcial de dados (missing) em algum subindicador);

4. Avaliar a relação entre os subindicadores (Utilidade quando aplicado em métodos como a análise de Componentes Principais, análise fatorial ou a correlação);

5. Justificar a decisão da metodologia adotada (Normalização, ponderação e agregação dos subindicadores);

6. Comprovar a solidez e a estabilidade dos resultados (Expressão pela análise de sensibilidade depois de mudanças na composição do indicador).

Um indicador é uma ferramenta importante que reflete, na medida do possível, a qualidade ou até mesmo o problema que deseja-se identificar, bem como representa um mecanismo de rastreio, o qual possibilita assegurar o nível de qualidade e a continuidade deste. Dá a importância de sempre optar por indicadores válidos, confiáveis e apropriados.[33]

Ao considerar que a comprovação empírica da validade nem sempre é possível por meio de dados, optou-se por realizar uma fundamentação com os principais documentos que levaram à reflexão subjacente dos aspectos que podem ser mensurados.

Documentos	**Aspecto relacionado**
Planejamento e implantação de programas de gestão da qualidade em serviços de saúde: módulo I [recurso eletrônico] / Pedro Jesus Saturno Hernández; Zenewton André da Silva Gama (tradutor). – Natal: SEDIS-UFRN, 2017.	Dimensões e conceito da Qualidade
Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II [recurso eletrônico] / Pedro Jesus Saturno Hernández ... [et al.]; Zenewton André da Silva Gama (tradutor); Pedro Jesus Saturno Hernández (organizador). – Natal: SEDIS-UFRN, 2017	Ferramentas de identificação da oportunidade de melhoria; análise do aspecto da qualidade a ser monitorado; passos a passo da construção dos critérios de qualidade
Planejamento de intervenções de melhoria da qualidade e análise dos efeitos: módulo III [recurso eletrônico] / Pedro Jesus Saturno Hernández e Zenewton André da Silva Gama; Zenewton André da Silva Gama; (tradutor); Pedro Jesus Saturno Hernández (organizador). – Natal: SEDIS-UFRN, 2017	Planejamento de intervenções: Diagrama de Gantt e de Afinidades
Métodos e instrumentos de monitoramento da qualidade: módulo IV [recurso eletrônico] / Pedro Jesus Saturno Hernández; Zenewton André da Silva Gama (tradutor). – Natal: SEDIS-UFRN, 2017.	Monitoramento da qualidade: construção e análise dos indicadores
Participação do usuário nos programas de gestão da qualidade: exploração e medição de necessidades, expectativas e satisfação: módulo VII [recurso eletrônico] / Pedro Jesus Saturno Hernández; Zenewton André da Silva Gama (tradutor). – Natal: SEDIS-UFRN, 2017.	Métodos de participação do usuário nos programas de Gestão da Qualidade: enfoque na construção de um inquérito voltado a avaliação da experiência do paciente
Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96 p. ISBN 978-85-334-2146-2.	Organograma e peculiaridade do serviço estudado
Cadernos de Saúde Pública	Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde
Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica - AMAQ [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 164 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2506-4.	Instrumento de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Departamento de Atenção Básica (DAB), no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) como uma das estratégias institucionalizadas da cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESERARCH AND QUALITY (AHRQS).**What is patient experience?** Content last reviewed Mach 2017. Agency For Healthcare Reserarch And Quality, Rockville, MD.	Adaptação do Instrumento de avaliação da experiência do paciente no hospital
THE BERYL INSTITUTE (Website). Defining Patient Experience. Disponível em: <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPX>. Acessado em 17 de agosto de 2019. WOLF, J. A.; NIEDERHAUSER, V.; MARSHBURN, D.; LAVELA, S. L. “Defining Patient Experience,” **Patient Experience Journal**, v. 1, Issue 1 - April 2014, pp. 7-19, 2014. Acesso em 07 de agosto de 2019. Disponivel em: <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>.	Definição so termo “Experiência do paciente”. ISSN: 2372-0247

Quadro 4. Relação entre documentos que embasam a construção dos critérios e os indicadores para o LAPICS (Natal/RN, 2021).

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

ELABORAÇÃO DE INTERVENÇÃO OPORTUNAS PARA MELHORIA CONTÍNUA

Diante da avaliação do nível de qualidade de um serviço, no caso deste estudo, o qual propõe um modelo de mensuração de indicadores de qualidade sobre a experiência do paciente em um serviço de práticas integrativas e complementares, torna-se possível verificar quais critérios de qualidade não estão conforme o esperado, norteando os aspectos que deverão ser melhorados.

Porém, mesmo antes dessa mensuração, ao se realizar uma análise factível e observacional (seja ela participante ou não participante) do processo de trabalho, já é possível traçar e estabelecer um plano de ação para as oportunidades de melhoria detectadas.

Assim, foi utilizado utilizado o Diagrama de Afinidades, como método de planejamento participativo aplicado junto à equipe do LAPICS para estimular a geração de ideias e resolver as não conformidades verificadas, ordenando as ações a serem realizadas em linhas estratégicas.[30]

Também foi utilizado o Diagrama de Gantt, como forma de assegurar a execução das intervenções planejadas, definindo um plano de ação e os respectivos responsáveis pela implementação em uma série temporal.[35-37]

Em seguida, foram realizadas propostas para solução da oportunidade de melhoria, as quais podemos destacar a seguir algumas delas:

- Desenvolvimento de lideranças pelo exercício contínuo da corresponsabilização;
- Aprimorar fluxograma e organograma do serviço;
- Estabelecer padrões de qualidade e metas a serem cumpridas com periodici-

dade;

- Estabelecer cronograma de auditoria interna (anual) e disponibilidade para auditoria externa (a cada dois anos);
- Formular e implantar normas e rotinas do serviço; ações de educação permanente em saúde e incentivo a capacitação continua dos terapêutas integrativos, como: incentivo aos ateliês, grupo de estudos, rodas de conversas sobre o processo de trabalho e treinamento contínuo por parte dos próprio profissionais com cronograma estabelecido;
- Tornar de conhecimento dos profissionais do serviço o feedback dos indicadores de qualidade;
- Melhoria da qualidade dos sistemas de registro do prontuário;
- Tornar de conhecimento do usuário quem são os terapêutas a serviço diariamente, com quadro de informações exposto na recepção;
- Empoderar o serciente na tomada de decisão sobre suas questões de saúde, dando informações sobre questões importantes como: fluxo do serviço, agendamento, sequência de atendimento, tempo de espera, etc.;
- Conferir autonomia por meio da criação de um grupo de autocuidado para os sercientes com déficit e para o autocuidado integrativo;
- Utilizar o momento da espera na sala de recepção para desenvolvimento de atividades educativas e de construção de vínculo, periodicamente pelos próprios terapêutas, residentes e bolsistas;
- Conhecer a experiência do serciente durante todo o percurso de atendimento no serviço;
- Realização de treinamentos periódicos com os terapeutas voluntários e estagiários que passam pelo serviço, bem como dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento e questões administrativas do serviço, abordando a finalidade dos indicadores e a utilização da ferramenta virtual;
- Sensibilização dos gestores e de todos os funcionários do serviço a respeito da importância dos resultados dos indicadores nas tomadas de decisões.

Destaca-se que a análise de causa e efeito nas etapas anteriores aplicadas com a equipe fundamentou o planejamento de intervenções oportunas descritas acima, no entanto, a mensuração dos indicadores propostos subsidiará a identificação de oportunidade de melhoria pela avaliação dos cumprimentos e não cumprimentos dos critérios de qualidade estabelecidos pelo serviço.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A mensuração dos indicadores será por meio de duas avaliações do nível de

qualidade, antes e depois da intervenção de melhoria, serão analisados pelo cálculo da estimativa pontual do nível de cumprimento dos critérios, usando um intervalo de confiança de 95%.[27] Sugere-se que esta avaliação siga a Programação Anual de Saúde para o serviço, com a primeira avaliação no primeiro mês do ano e a segunda seis meses após a primeira, em seguida podem ser feitas avaliações pontuais com fins de monitoramento da qualidade para finalizar o ciclo de melhoria anual.

O método de amostragem proposto para ser adotado é aleatória simples e o tamanho da amostra é de 60 casos (30 antes e 30 depois), quantidade mínima recomendável para uma avaliação de qualidade. Geralmente, nesse tipo de avaliação, para proporcionar a viabilidade do estudo, recomenda-se utilizar um tamanho amostral manejável. Considerando aconselhável a utilização de um tamanho amostral de 50-60 casos, mesmo que também seja possível fazer avaliações com amostras ainda menores - mínimo de 30 casos.[27]

Se recomenda que participem dessa avaliação, os usuários atendidos pelo serviço, que atendam aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de idade; ter sido atendido mais de uma vez no serviço; e ter realizado alguma terapia integrativa no serviço. Serão excluídos da avaliação aqueles usuários com limitações cognitivas e problemas relacionados à capacidade de comunicação verbal que os impossibilitavam de compreender e responder as questões do instrumento.

Posteriormente, esses dados podem ser expostos em um gráfico de barras, de modo a realizar uma análise comparativa visualmente sobre diferença no nível de cumprimento dos diferentes critérios validados. Essa análise possibilitará o debate sobre as ações de implementação da melhoria, e adiante se houve ou não melhoria com essas intervenções[27].

Como forma de verificar a melhoria conseguida entre a primeira avaliação e reavaliação, pode ser construído o Diagrama de Pareto – um gráfico de barras que faz uma comparação entre os distintos defeitos de qualidade encontrados, destacando quais devem receber a intervenção de melhoria por serem "poucos vitais". Logo, se representará em barras a frequência relativa de não cumprimentos de cada critério (% em relação ao total de não cumprimentos da amostra) e a curva de porcentagem acumulada, ou seja, serão calculadas as melhorias absoluta e relativa conseguidas de cada um dos critérios nas avaliações.[36]

A significação estatística da melhoria verificada será comprovada através do teste de hipótese unilateral, com cálculo do valor de Z, tendo como hipótese nula a ausência de melhoria, que se rejeitava quando o p-valor for inferior a 0,05.[37]

É importante destacar que a alimentação dos indicadores será feita em uma tabela semiestruturada pelo próprio serviço, disponibilizada para alimentação do painel de indicadores online, sempre que for realidade essa mensuração, seguindo o cronograma pactuado anualmente pelo serviço, ou até mesmo com fins de monitoramento.

MONITORAMENTO DA QUALIDADE

Para assegurar a melhoria conseguida, se propõe o monitoramento da qualidade, situação distinta para aferir os indicadores de um serviço que passou por um ciclo de melhoria da qualidade. Nesse caso, objetiva-se, como na avaliação da qualidade antes e depois, utilizar a lista de indicadores para identificar situações problemáticas (caso devido à melhoria conseguida não ter permanecido) que necessitam serem analisadas novamente e estejam relacionadas a essas ineficiências da qualidade.[31]

Dessa forma, esse monitoramento pode ser programado ou pontual quando for percebida alguma inconformidade com os critérios de qualidade estabelecidos para o serviço.

DISCUSSÃO

A avaliação de qualidade é interessante não só por permitir a identificação de situações problemáticas, mas especialmente pela implementação da intervenção planejada no sentido de melhorar os processos. Por vezes, não é possível intervir em todos os aspectos que apresentam necessidade, devendo se considerar o ímpeto relativo à temporalidade, questões políticas, recursos disponíveis, motivação e disposição profissional, entre outros. Logo, torna-se imprescindível priorizar onde será o foco do planejamento das ações estratégias, com iniciativas concretas de superação da realidade identificada.[37]

No Brasil, a implementação de sistemas de avaliação da qualidade em instituições de saúde é relativamente recente, no que diz respeito a iniciativas formais. Foi lançado em 2005 o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), como instrumento avaliativo atrelado ao repasse de verbas às instâncias locais. Em seguida, o Ministério da Saúde também propôs o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde com a publicação do índice de qualidade do SUS - o ID-SUS.[37-38]

Existem algumas iniciativas que se propõe a avaliar o desempenho no âmbito dos serviços de saúde voltadas à melhoria da qualidade, a exemplo da acreditação hospitalar, a certificação de estabelecimentos e as análises de satisfação do paciente. Ainda, existe também o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PRO-ADESS), o qual constitui um arcabouço com a matriz conceitual para avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro.[39-41]

Dentre outras iniciativas do Ministério da Saúde, criou-se o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011, com o intuito de gerar incentivos aos gestores locais, bem como as equipes multiprofissionais da Atenção Básica na busca pela melhoria da qualidade da assistência ofertada, por meio da instituição de etapas de avaliação contínuas e progressivas, assim como o monitoramento de aspecto do planejamento e rotina dos serviços.[38,42]

Nessa iniciativa, temos contemplado como componente estratégico as ações de saúde e práticas definidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) inseridas dentro da subdimensão da Organização do processo de trabalho da Equipe da Atenção Básica[43], mas não há uma subdimensão específica, muito mesmo um instrumento avaliativo do desempenho da qualidade em serviços específicos do SUS que contemplem as Práticas Integrativas e Complementares como escopo principal.

A partir desse contexto avaliativo do SUS, emerge a importância de discutir a fundo cada critério de qualidade/indicadores construídos e sua interface com a experiência do paciente em serviços de práticas integrativas e complementares do SUS, nas duas categorias temática a seguir: Critérios/indicadores de qualidades em serviços e sua aplicabilidade em serviços de práticas integrativas e complementares; e a experiência do paciente interface como dimensão avaliativa da qualidade em serviços de PICS no SUS.

CRITÉRIOS/INDICADORES DE QUALIDADES E SUA APLICABILIDADE EM SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Ao se falar em qualidade dos serviços de saúde primeiramente é preciso se frisar que não existe um conceito único, devendo cada instituição selecionar o seu de forma consciente, assim como acontece com relação aos aspectos – tais como a acessibilidade, a ambiência e a otimização dos recursos, dentre outras dimensões.[33]

A acessibilidade e acesso, por exemplo, foi conceituado por Donabedian (2003) semelhantemente como aspectos relativos à capacidade de obtenção de cuidado de forma facilitada e correspondente à necessidade de quem o procura. Ou seja, mesmo diante de barreiras presentes no imputo da realidade dos diversos serviços de saúde, como as organizacionais, culturais, políticas, econômicas e emocionais; deve-se prezar pelo "o grau de cuidados apropriados recebidos pela população de forma equitativa").[33,42]

Dessa forma, ao selecionar um indicador que avalie o "Percentual de informação, comunicação e transparência do serviço" permite-se minimizar possíveis fatores intervenientes, avaliando o cumpimento se todo usuário do serviço foi informado sobre questões relativas ao fluxo do serviço, terapias e terapeutas disponíveis, bem como de datas livres para agendamento.

Contemplar esses aspectos em uma avaliação da qualidade é valorizar a importância da transparência e acesso à informação pelo usuário, o qual deve sentir-se informado, recebendo informações e opções para o seu cuidado, bem como da disponibilização de informações por meio de cartilhas, boletins, banners, ações educativas em saúde, dentre outros meios, sobre o serviço e seu fluxo.

Outro fator importante é a avaliação capacidade organização e estrutural do serviço, principalmente no aspecto que se denomina de ambiência do serviço de saúde. Conceito este, introduzido pelo Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Humanização (PNH) como uma diretriz, a qual faz menção de forma transversal indissociável da atenção e gestação, ao espaço tanto físico como social, profissional e de relações interpessoais associados a uma assistência acolhedora, resolutiva e humana. Essa dimensão tanto física quanto abstrata norteia-se pelo espaço como um instrumento de trabalho, com vistas à confortabilidade e encontro dos atores sociais.[38]

Percebe-se que esses conceitos integram o seguinte critério de qualidade: Todo usuário deverá usufruir de um espaço adequado para promoção da escuta, análise, definição de oferta do cuidado com base na necessidade de saúde; revelando então, a ambiência intrinsecamente relacionada à criação de espaços coletivos permissivos a expressão da subjetividade, favorecendo uma análise crítica sobre o *modus operandi,*[44-45] as práticas institucionalizadas e o espaço onde se desenvolve esse processo de trabalho.

A ambiência é uma diretriz primordial da PNH, tendo em vistas a necessidade de se promover um ambiente agradável onde o paciente tenha a liberdade de expressar suas

questões de saúde. Todavia tão importante quando o espaço é a execução de uma escuta qualificada, daí surge outra diretriz que dita os rumos dessa política: o acolhimento.[38]

O acolhimento emergiu do processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, do diálogo para redirecionar o modelo técnico-assistencial e a reorganização das ações e serviços de saúde para enfoque no ser humano. Esse dispositivo possibilita refletir sobre os processos de trabalho em saúde, além de facilitar a construção de uma relação de confiança entre o usuário e profissionais, norteado sempre pelos princípios do SUS.[43]

Trata-se de um dispositivo transversal de cuidado, que perpassa por todo o trajeto do usuário dentro do serviço, não podendo ser limitado como "triagem", transpondo para além do que apenas tratar bem o usuário, mas envolvendo ações de interesse e respeito pelas suas questões e necessidades em saúde. Isso implica na construção de uma relação de compromisso e responsabilização mútua, de modo a produzir a valorização humana e histórica dos seres sociais.[46]

O acolhimento e a escuta qualificada fazem menção ainda às tecnologias leves do cuidado, as quais são fundamentais para o desempenho do processo de trabalho em saúde em qualquer cenário de atenção à saúde. Esses dispositivos do cuidado atuam auxiliando no processo saúde-doença-cuidado, e estão presentes desde o acolhimento por meio da escuta ativa e qualificada, na construção de uma relação de confiança - a produção de vínculo, como também no processo de autonomização do sujeito, com responsabilização mútua pelas questões de saúde. Assim, pode-se vislumbrar uma atenção integralizada, fomentada pelas singularidades dos seres sociais, podendo então, corresponder às suas demandas perante a realidade.[47]

Destaca-se que com a implementação da PNH e todo processo de fortalecimento do acolhimento como uma nova ferramenta de cuidado à saúde, as PICS começaram a ganhar notoriedade no Brasil, pois tem-se observado cada vez mais frequente a crise do modelo de atenção biomédico, favorecendo o surgimento novos paradigmas e nuances assistenciais que possibilitem a operacionalização de um atendimento integral, humanizado e eficiente aos pacientes.[48]

No contexto dos serviços de PICS, tem-se no protocolo de Acolhimento Integrativo Humanescente como um dispositivo fundamental para fazer saúde, permitindo o despertar das singularidades do ser humano que estavam atenuados pelo processo civilizacional de coisificação. Do ponto de vista que é redundante humanizar o ser humano, o papel do acolhimento integrativo é o de propiciar espaços e situações de sensibilização humanescente.[20-43]

Vê-se a importância de tornar essa premissa do estabelecimento de um fluxo diferenciado de atendimento, visando a legitimação da atenção integral sistêmica, pela mensuração do indicador "Percentual de pacientes que receberam escuta qualificada e acolhimento integrativo humanescente", visto ser uma possibilidade de averiguar a implementação do acolhimento e da escuta como política transversal do cuidado humano

integral na realidade dos serviços de PICS do SUS.

Seguindo o pressuposto da reorganização dos serviços de saúde com a possibilidade de inclusão de novas tecnologias, ou seja, novas formas de operacionalizar o cuidado em saúde na lógica da atenção centrada no paciente e na adequação do serviço, o que faz referência ao quarto critério de qualidade deste estudo, a saber: Todo usuário deverá receber tratamento individualizado e sem rotulagem. Desvela-se a necessidade de o usuário ser tratado como pessoa, não como um número, utilizando de linguagem fácil entendimento pelos profissionais de saúde.

A dimensão da qualidade que considera o cuidado do paciente e família, com vistas ao empoderamento e ao levantamento de recursos disponíveis no sistema de saúde e comunidade para sanar as necessidades, se caracteriza como atenção centrada no paciente. Conceito este significativo e transformador, à medida proporciona compartilhamento de conhecimento e experiência entre as partes envolvidas no cuidado - usuário/família/profissionais - fomentando a produção de ganhos em saúde para o indivíduo, comunidade e organizações.[48-50]

Nesse aspecto, é necessário reconhecer que os usuários são aqueles vivenciando e observando diariamente diversas situações no serviço de saúde, capazes de influenciar nos resultados das iniciativas voltadas à segurança e experiência do cuidado positiva. Com isso, as organizações de saúde têm procurado o desenvolvimento de programas que tenham cuidado centrado no doente como meio de obtenção de melhorias.[51-52]

O *Institute of Medicine* considera como cuidado centrado no paciente aquela assistência respeitosa, a qual envolve a busca de corresponder às suas necessidades, à valorização de crenças, valores, sentimentos e representações; e a consideração desses aspectos para nortear a tomada de decisão. Desse modo, o enfoque organizacional na atenção centrada no usuário, não intervém negativamente em outras ações, no que se refere a busca contínua pela melhoria da qualidade, influenciando positivamente nesses aspectos.[52]

São conceitos nucleares, proposto pelo *Institute for Patient-and Family-Centered Care,* para o entendimento e prática dos cuidados centrados no paciente: a dignidade, o respeito, à informação, a participação e a colaboração. Evidenciando além da valorização das questões de saúde é preciso considerar os fatores envolvidos e de relevância para o paciente, como sua própria perspectiva, cultura, contexto socioeconômico, valores e escolhas, para aprimorar a assistência prestada.[53]

Percebe-se, então, a importância do fornecimento de informações completas, precisas e individualizadas; assim como considerar todas as partes envolvidas no cuidado, para a tomada de decisão conjunta e apropriada. A presença desses aspectos em um serviço de PICS, onde se visa promover um cuidado centrado nas pessoas e não na doença, é essencial, contribuindo para a transparência da melhoria da qualidade em suas políticas, projetos, aspectos organizacionais, implementação de pesquisa e a prática da

educação permanente na instituição. Logo, torna-se pertinente a avaliação de indicadores ligados a essa dimensão da qualidade e do cuidado, como forma de garantir a continuidade da qualidade do serviço.

Além da importância do tratamento individualizado, sem rotulagem e que considere o cuidado como a atenção centrada no usuário e a seleção do melhor recurso para sanar suas necessidades, vislumbra-se que "todo usuário deverá ser informado sobre a terapia adequada à suas necessidades, conhecer os seus riscos, benefícios, duração e alta"; critério da qualidade que reflete a efetividade do cuidado. Pois, propõe que o profissional de saúde preze sempre pelo envolvimento do paciente no cuidado, valorize sua percepção, sensibilize-o sobre algumas questões quando for preciso, e forneça apoio e informação sobre o tratamento, alta e disposição para o autocuidado.

Entende-se por efetividade o grau com que determinada prática é capaz de melhorar o estado de saúde dos usuários que dela usufruem, ou seja "a probabilidade de benefício de uma determinada tecnologia em condições normais de uso" e quando relacionada a dimensão da qualidade, ela faz referência a qualidade da assistência e sua oferta com base no conhecimento científico à quem puder se beneficiar dela.[38]

Os indicadores relacionados ao resultado do cuidado em saúde - a efetividade, quando interligados a atenção centrada no paciente, visam mensurar o cuidado prestado a este, de forma individualizada. Além disso, auxiliam aos profissionais conhecerem a perspectiva dos usuários que utilizam o serviço, transpondo os limites das técnicas, impostos pela prática diária e normas e rotinas institucionais. Possibilitando, a busca pela assistência resolutiva e de excelência, já que as medidas efetivas desses indicadores fomentam a reflexão e avaliação do processo de trabalho, das boas práticas - segurança, e especialmente da qualidade do serviço.[53]

Fundamentar as práticas no modelo "usuário-centrado", pautado na produção de ganhos em saúde, capazes de gerar o empoderamento e autonomia do serciente em sua vida e contexto social, é uma forma de transpor as práticas direcionadas no modelo "procedimento-centrado" à luz do trabalho morto e da supremacia da utilização de tecnologias duras, nas quais apesar que os conhecimentos dos profissionais estejam bem estruturados, por vezes se verifica que também se apresentam alienados e alienantes.[54]

Percebe-se que integralizar a práxis de ações cuidadoras, que possuam sua efetividade refletida com alcance de resultados satisfatórios, da recuperação, proteção e promoção da saúde é um desafio a ser vencido diariamente pelos profissionais atuantes na PICS, de maneira a transpor o modelo de atenção enfocado na doença em detrimento do ser social.

Na forma como se estabelecem as relações usuários-profissionais, verifica-se a composição tecnológica do processo de trabalho, que quanto mais dispõe do uso de tecnologias duras (instrumental), reverbera a supremacia do trabalho morto. Entretanto, no cenário das PICS, as utilizações das tecnologias do cuidado não podem ser concebidas

pelos profissionais somente como algo material e palpável, mas como resultado de ações práticas e subjetivas que se implementam de forma abstratas e concretas, visando a produção da saúde e o suprimento das necessidades dos usuários, gerando a satisfação.[48-50]

Assim, avaliar a efetividade, os modos como o usuário visualiza a implementação do cuidado, no cenário de PICS, possibilita aferir as ferramentas predominante nas ações desenvolvidas e os resultados dos atos de saúde ofertados pelos profissionais do serviço, em um espaço que se projeta à ação da problematização e da permissibilidade da expressão de crenças, subjetividades e da valorização de saberes dos seres sociais.

Contribuindo com essa prerrogativa percebe-se que o estabelecimento de vínculo com os usuários atendidos é um dispositivo que favorece aos profissionais a construção do cuidado com base na realidade de saúde, além de fomentar agilidade no acesso ao serviço, em decorrência dos laços construídos, e, por conseguinte, melhor resolutividades nas questões problemáticas identificada.[48]

Essa formação de vínculo é base para gerar a autonomia e a corresponsabilização, relacionadas à capacidade e o poder do usuário ter ciência de sua contribuição para construção e implementação do plano terapêutico. Salientando-se que instigar a autonomia, não significa eximir o profissional de saúde do desenvolvimento de seu papel como mantenedores da garantia de acesso à saúde, bem como do estabelecimento de relações efetivas que favoreçam o uso de ferramentas relacionais, capazes de impulsionar o agir do ser social, mobilizar, gerar e compartilhar poderes; permitindo o protagonismo dos receptores do cuidado - o usuário; e assim alcançar suas necessidades e satisfação.[54-57]

Portanto, o modo como compreendem e assumem suas próprias questões de saúde, assim como, pelo comprometimento e desempenho deste papel de protagonismo de vida, contexto e história revelam o grau de empoderamento dos sujeitos. Estes mesmos sujeitos, conseguem perceber além de aspectos relacionados com a efetividade, fatores que expressam a capacidade organizacional do serviço e que também influenciam em sua qualidade e por consequência na satisfação do paciente.

O sexto critério de qualidade indica questões relacionadas à dimensão da qualidade - satisfação do paciente; trata com especificidade, já que o presente estudo propõe-se a transpor questões que envolvem a satisfação do paciente, definindo-se aspectos específicos dessa dimensão, como o tempo de espera pelo atendimento agendado, a saber avaliar-se essa dimensão pelo seguinte critério: Todo paciente deve está satisfeito com tempo de espera pelo atendimento, bem como ser tratado com cordialidade e respeito por todos os funcionários.

Para comprovar a excelência de qualquer serviço, a satisfação do cliente é um dos principais pontos, visto ser ele o foco das ações desenvolvidas. Do ponto de vista da gestão da qualidade, mensurar a satisfação é um principal fator, entretanto é importante que as instituições, desenvolvam a capacidade de medir e utilizar esses dados para melhorar a assistência ofertada. Outra questão interessante é definir quais aspectos da satisfação são

importantes para averiguar, como tempo de espera, acessibilidade, tratamento recebido, entre outros aspectos relacionados à expectativa do cliente.[57-60]

Apesar da definição de satisfação do paciente ainda não ser um consenso universal, por ser uma das avaliações mais subjetivas, sua mensuração e análise tem dado um parâmetro às intuições sobre a assistência prestada, repercutindo inclusive na adesão e utilização do serviço. Evidencia-se que a maioria dos autores se refere à satisfação como a diferença entre a percepção e expectativas do paciente da atenção prestada, componente da qualidade da atenção e resultado desta. Conceito este, muito presente na teoria da discrepância de Linder-Pelz, um dos modelos teóricos mais aceitos atualmente, pois inclui a satisfação como o produto de distintas dimensões do cuidado avaliado.[61]

Assim, percebe-se que a satisfação do usuário é o produto da comparação feita pelo paciente do que este percebe e espera que serviço ofereça, ou seja, envolve várias outras dimensões da qualidade do serviço, sendo o produto de aspectos negativos e positivos que envolvem a atenção prestada.

Por isso, para uma medida factível desta dimensão deve-se questionar aspectos/processos específicos das causas de satisfação do paciente, já que a mensuração da satisfação global pode não ser fidedigna.[61]

Observa-se a necessidade de construir ferramentas que fomentem a mensuração de forma objetiva às implicações dos diversos processos que envolvem a atenção ao usuário, como os indicadores de saúde, que informem até que ponto se percebe ou não fatores relacionados à assistência respeitosa, centrada e que envolve a participação do paciente. Informações estas que tem como principal fonte, não necessariamente exclusiva, o próprio paciente-os atores sociais que podem exercer julgamento e informar sobre o atendimento.

Dessa forma, o último critério, relaciona-se com a experiência do paciente propriamente dita, mas que ainda se apresenta nesse aspecto como uma dimensão, a qual contribui para uma avaliação global feita pela avaliação de todos os indicadores propostos nesta pesquisa.

Sendo assim, o critério de qualidade estabelecido como “Todo usuário deverá ter a melhor experiência possível no serviço”, traz a mensuração do percentual da experiência do paciente pelo cumprimento ou não deste critério, o qual está relacionado com a classificação da experiência no serviço, ou seja, os processo eficiente, resultados positivos, continuidade do atendimento, consistências nas informações e principalmente se o cuidado é centrado ou não no paciente.

A atenção centrada no paciente reflete a experiência deste na instituição de saúde, referindo ao cuidado prestado com com transparência, respeitando a individualidade, reconhecendo, respeitando e dignificando a escolha do usuário e família sobre suas próprias questões de saúde

No contexto das PICS, assim como em outros cenários, essa dimensão do cuidado e indicador formulado perpassa pelo resultado do quão envolvido o paciente se apresenta,

a existência da permissibilidade para que este atue ativamente no seu próprio processo cuidativo, em um cenário que possibilite aos profissionais conhecer as preferências, os valores e as crenças do paciente, para otimizar a terapia ofertada.

Por ter uma vertente focada no serciente e nas práticas humanizadoras do cuidado direcionado a este, as PICS cooperam para a efetividade das práticas de prevenção de agravos, de promoção e de proteção à saúde, fundamentando-se nas necessidades da pessoa e não tendo como seu enfoque apenas na doença. Evidencia-se que a implementação dessas práticas tem melhor favorecido a compreensão dos profissionais de saúde sobre a subjetividade e individualidade de cada usuário atendido, fomentando a satisfação das necessidades dos mesmos com a qualidade da terapia recebida.[62-64]

No sistema de saúde vigente, é imperativa a necessidade de mudanças nas formas de se fazer saúde e consequentemente de avaliá-la, do ponto de vista do cuidado Integrativo e Humanescente, devendo os atores que promovem o cuidado - os profissionais, exercendo o pensamento crítico, reflexivo e humanescente, para uma práxis sensível, transformadora e libertadora[65-68]. A seguir, dá-se continuidade a essa discussão trazendo a realidade dos serviços de PICS no sistema de saúde brasileiro e a possibilidade de implementação da experiência do paciente como dimensão avaliativa para melhoria da qualidade.

A EXPERIÊNCIA DO PACIENTE INTERFACE COMO DIMENSÃO AVALIATIVA DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE PICS NO SUS

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) ainda são pouco explorada em pesquisas no âmbito nacional, apesar de sua difusão e notório reconhecimento após a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), principalmente quando se tange a gestão da qualidade dos serviços de saúde, algo primordial para efetivação e estabelecimento dos princípios do SUS nos serviços que oferecem essas práticas.

Em mais de uma década de implementação do marco significativo - a PNPIC, no âmbito da Saúde Pública, não foi suficiente transpor as diversas lacunas imposta pelo lento processo de institucionalização das PICs no SUS. Ainda em 2008, o primeiro relatório do Seminário Internacional de PICs, evidenciou inúmeros fatores intervenientes, os quais: inexistência de sistematização dos diferentes contextos e cenários dos serviços, bem como de seus modelos de gestão implementados no Brasil; financiamento escasso, além do investimento insuficiente e pontual na educação permanente dos profissionais. Tais fatores intervêm na transversalidade do sistema de saúde brasileiro, que é primordial para garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS[4].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta os desafios para implementação efetiva das PICs nos países, são exemplos as questões relativas à qualidade, no que tange a segurança do uso, eficácia, acessibilidade e utilização racional, bem como relacionada às

questões políticas. A organização ainda ressalta a importância da Política à nível nacional, seu fortalecimento pela regulamentação, investimento e promoção do acesso equitativo e de qualidade a todo território nacional, tendo em vista, a necessidade de legitimação, instrumentos normativos e definição de recursos financeiros e humanos.[1]

Visualiza-se nas PICS o potencial necessário para uma atenção à saúde holística, cuidadora e humanescente, permitindo o respaldo da atuação profissional no trabalho vivo, sem engessar suas práticas em protocolos rígidos e normativos do processo de trabalho. No entanto, é necessário a garantia de recurso financeiros e humanos suficientes, e capacitados; qualificação e ampliação dos serviços em PICS no SUS, tendo sempre como prerrogativa o serciente e suas expectativas e necessidade.[67-69]

A integralidade como princípio interligado ao conceito ampliado de saúde, lança um novo olhar sobre a necessidade de revisão dos processos formativos nas instituições de ensino, reflexão necessária à demanda de profissional que tenham suas ações fundamentada na lógica do cuidado centrado na pessoa (SAMPAIO, 2014). Nesse sentido, a autora ainda nos indica “Para mudarmos o Sistema, temos que mudar as pessoas; para reformar práticas de saúde, temos que reformar pensamentos em relação ao ato de cuidar”.[70]

Percebe-se dois pontos fundamentais - a necessidade de difusão e qualificação dos serviços de PICS no cenário público de saúde brasileiro; e a formação de profissionais numa lógica que vai de encontro com o paradigma de saúde ainda predominante e extremamente biologicista. Destarte, avaliar os serviços pela percepção e expectativas do usuário é romper com o modelo de saúde flexineriano, medicalizante e alienante, o qual tira o usuário do centro do cuidado. Por outro lado, trazer a experiência do paciente como método avaliativo, permite tecer um novo olhar e projetar intervenções para os aspectos de não conformidade com os aspectos da integralidade e da completude.

Apreender a experiência do paciente é essencial para o avanço da atenção centrada no paciente. Ao contemplar os vários aspectos que permeiam a experiência do paciente, pode-se estimar até que ponto está recebendo cuidados que sejam respeitosos e condizentes com as suas preferências, necessidades e valores individuais. Faz-se importante agregar a avaliação da experiência do paciente, juntamente com outros elementos fundamentais para a qualidade do cuidado em saúde, como a eficácia e a segurança da assistência,[15] neste caso no cenário das PICS.

Monitorar aspectos relativos à experiência do paciente em um serviço de saúde, neste caso voltados à PICS, vai além de medir a satisfação do paciente, visto que transparece relações constituídas, e moldadas pela cultura organizacional, a qual tem o poder de influenciar por meio da atenção prestada à percepção do paciente. Além disso, permite mensurar fatores relativos a processos e resultados, apesar de também poder apresentar aspectos estruturais do serviço, servindo de fonte de dados os questionários aplicados aos pacientes que usufruem do serviço para o planejamento de ações internas

e para o delineamento dessa mesma metodologia em outros serviços com propostas semelhantes.[71]

Por fim, o planejamento, a implementação e a avaliação da atenção prestada ao serciente, perpassa pelo benefício mútuo e autonomização dos seres envolvidos no cuidado, de uma visão que a assistência centrada no paciente é aquela que confere liberdade, ao longo de toda terapia integrativa, independentemente do profissional, da instituição ou do recurso requeridos pôr em cada usuário. Essa lógica considera a individualidade, ou seja, as necessidades subjetivas e singularidade de cada paciente, tratando-as com respeito e dignidade e mesmo em face de uma avaliação definida por diversos critérios de qualidade, não se afasta desses princípios e preceitos característicos das PICS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que há inúmeras vantagens na construção de critérios de qualidade e indicadores para utilização nos cenários de PCIS no Brasil, com vistas a melhorar o serviço pelo seu aperfeiçoamento e atendimento de melhor qualidade, com isso entende-se a importância de conhecer sobre os diversos aspectos do serviço, bem como o momento certo para aplicá-los.

No desenvolvimento da pesquisa, foi possível construir um indicador composto que revela o índice da experiência do paciente no serviço de PICS, constituído de sete subindicadores, dos quais cada um possui seus critérios de qualidade e estão referenciados por uma ou mais dimensões e aspectos da qualidade, avaliados por um questionário de mensuração desenvolvido especificamente para a avaliação da experiência do paciente no serviço de PICS.

Identificar a percepção e fazer uma correlação com a satisfação das expectativas do usuário do serviço, bem como trazer aos profissionais a oportunidade de projetar suas ações com base na necessidade do serciente, da comunidade e nas competências profissionais, é essencial para a melhoria contínua de qualquer serviço de saúde. No cenário das práticas integrativas, voltado para a implementação das tecnologias do cuidado interacionais, isso é primordial, visto favorecer o fortalecimento das relações sociais, da criação de vínculo, e da possibilidade de identificação dos reais problemas existentes.

Destaca-se a importância da mensuração correta dos indicadores de qualidade no cenário das PICS, uma vez que se busca nas realidades dos serviços de saúde no Brasil, a valorização das ações que prezam pelo acolhimento, escuta, vínculo e autonomização, assim como as relações intercessoras entre os profissionais terapêutas e atores sociais, possibilitando a renovação e inovação no processo de trabalho.

Espera-se que esta pesquisa gere reflexões no âmbito do fortalecimento das políticas públicas em saúde no Brasil, da inovação, do financiamento, assim como na assistência, no ensino e na pesquisa; especialmente no que se refere à construção de dispositivos tecnológicos capazes de mensurar aspectos importantes do serviço e ampliar os saberes nesse campo.

Finalmente, verifica-se a necessidade do delineamento de pesquisas inovadoras nesta área, especialmente, as de cunho intervencionistas, como o desenvolvimento de ciclo de melhoria e o monitoramento contínuo da qualidade, capazes de apoiar a gestão ofertando ações de educação permanente para com os profissionais da saúde sobre e a importância da implementação de ferramentas avaliativas da qualidade em seus cotidianos de práticas, visando assim, transformações no cenário de atuação.

REFERÊNCIAS

1 Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. World Health Organization Geneva: 2013.

2. Traditional Medicine Strategy: 2002-2005. World Health Organization Geneva: 2002.

3 Telesi Júnior, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos avançados, n.30, v. 86, pp. 99-112 , 2016.

4 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96 p. ISBN 978-85-334-2146-2.

5 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Brasília: 2018a. 180 p. ISBN 978-85-334-2583-5.

6 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS e dá outras providências. 2005. Diário Oficial da União 10 de março de 2005.

7 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de atenção à saúde. Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018. Atualiza os procedimentos e serviço especializado de práticas integrativas e complementares na tabela de procedimentos medicamentos órteses próteses e materiais especiais do SUS e no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). Brasília: 2018b

8 Lima, KMSV.; Silva, KL.; Tesser, CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. Interface, v. 18, n.49, pp. 261-272, 2014.

9 Ruela, LO.; Moura, CC.; Gradim, CVC.; et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2019. Acesso em 06 de agosto de 2019. Disponível em: < http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/implementacao-acesso-e-uso-das-praticas-integrativas-e-complementares-no-sistema-unico-de-saude-revisao-da-literatura/16793 >.

10 Melo, SCC.; Santana, RG.; Santos, DC.; Alvim, NAT. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. Rev. bras. enferm. [Internet]; v. 66, n. 6, 2013. Acesso em 01 agosto de 2019. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005>.

11 Matos, PC.; Laverde, CR.; Martins, PG.; et al. Práticas integrativas complementares na Atenção Primária à Saúde. CogitareEnferm, v.23, n. 2, pp. 547-81, 2018. Acesso em 05 de agosto de 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.54781>.

12 Doyle, C.; Lennox, L.; Bell, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open; v. 3, pp.1-18, jan 2013. Acessado em 01 de agosto. Disponível em: < http://bmjopen.bmj.com >.

13 Shale, S. Patient experience as an indicator of clinical quality in emergency care. Clinical Governance: An International Journal. 2013.

14 Wolf, JA.; Niederhauser, V.; Marshburn, D.; Lavela, SL. “Defining Patient Experience,” Patient Experience Journal, v. 1, Issue 1 - April 2014, pp. 7-19, 2014. Acesso em 07 de agosto de 2019. Disponivel em: <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>.

15 Ahrqs, Agency For Healthcare Reserarch And Quality. What is patient experience? Content last reviewed Mach 2017. Agency For Healthcare Reserarch And Quality, Rockville, MD. Acessadoem: 17 de agosto de 2019. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>.

16 The Beryl Institute. Defining Patient Experience. Disponível em: <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPX>. Acessado em 17 de agosto de 2019.

17 Martin, G.; Mckee, L.; Dixon-Woods, M. Beyond metrics? Utilizing soft intelligence for healthcare quality and safety. Social Science and Medicine, v.142, pp.19-26, 2015.

18 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ [recurso eletrônico] / Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 164 p.

19 Squire. Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence SQUIRE 2.0. Acessado em 17 de agosto de 2019. Disponível em: <http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=471>.

20 Sampaio, ATL. Protocolo de Acolhimento Integrativo Humanescente. 2016. 3f. Manuscrito não publicado.

21 Bezerra, DPA. Protocolo de acolhimento integrativo humanescente: um estudo de validação processual. Dissertação 2019. 83 f. (Mestrado Profissional em Saúde da Familia) - Programa de Pós-Graduação em Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste,Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/28734/1/Protocoloacolhimentointegrativo_Bezerra_2019.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

22 Saturno, P.J.; Antón, J. J.; Santiago, M. C: La construcción de criterios para evaluarlacalidad. Manual del Máster enGestión de laCalidadenlosServicios de Salud. Módulo 3: Actividades básicas para lamejora continua: Métodos y herramientas para larealización de ciclos de mejora. Unidad Temática 12. 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008.

23 Saturno Hernández, PJ. Análise e apresentação dos dados de uma avaliação: unidade temática 7. In: Saturno Hernández, PJ et al. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Natal: SEDIS-UFRN, 2017b

24 Brasil, Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, 2016.

25 Saturno Hernández, PJ; José Gascón, J. Identificação e prorização de oportunidades de melhoria: unidade temática 1. In: Saturno Hernández, PJ et al. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Tradução de Zenewton André da Silva Gama; Organização de Pedro Jesus Saturno Hernández. Natal: SEDIS-UFRN, 2017

26 Joint Commission International, JCI. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Incluindo padrões para hospitais - Centros médicos acadêmicos. 6a edição. 2017.

26 Saturno Hernández, PJ. Internos: ciclo de melhoria da qualidade estratégias de implantação dos programas: unidade temática 9.In: Saturnohernández, PJ. Planejamento e implantação de programas de gestão da qualidade emserviços da saúde:módulo I. Tradução de Zenewton André da Silva Gama. Natal: SEDIS-UFRN, 2017d.

27 Saturno, P.J.; Antón, JJ.; Santiago, MC. La construcción de criterios para evaluarlacalidad. Manual del Máster enGestión de laCalidadenlosServicios de Salud. Módulo 3: Actividades básicas para lamejora continua: Métodos y herramientas para larealización de ciclos de mejora. Unidad Temática 12. 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008.

28 Werkema, C. Ferramentas Estatísticas Básicas do Lean Seis Sigma Integradas: PDCA e DMAIC. Elsevier Editora Ltda, 2016.

29 Saturno Hernández, PJ. Planejamento de estudos sobre causas hipotéticas: unidade temática 6. In: Saturno Hernández, PJ et al. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Tradução de Zenewton André da Silva Gama; Organização de Pedro Jesus Saturno Hernández. Natal: SEDIS-UFRN, 2017e.

30 Saturno Hernández, PJ. Planejamento de estudos sobre o nível de qualidade e sobre causas hipotéticas: unidade temática 5. In: Saturno Hernández, PJ et al. Atividades básicas para melhoria contínua: métodos e instrumentos para realizar o ciclo de melhoria: módulo II. Tradução de Zenewton André da Silva Gama; Organização de Pedro Jesus Saturno Hernández. Natal: SEDIS-UFRN, 2017f.

31 Saturno Hernández, PJ. Atividades de monitoramento: construção e análise de indicadores: unidade temática 1. In: Saturno Hernández, PJ. Métodos e instrumentos de monitoramento da qualidade: módulo IV. Tradução de Zenewton André da Silva Gama. Natal: SEDIS-UFRN, 2017g.

32 Saturno Hernández, PJ. Como definir qualidade: opções e características dos diversos enfoques e sua importância para os programas de gestão da qualidade: unidade temática 1. In: Saturno Hernández, PJ. Planejamento e implantação de programas de gestão da qualidade em serviços da saúde: módulo I. Tradução de Zenewton André da Silva Gama. Natal: SEDIS-UFRN, 2017h.

32 Jcaho, Joint Commission On Acreditation Of Health Care Organization. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial, v. 6, p. 65-79, 1991.

33 Statistics Group Del Jrc De La Comisión Europea Y La OCDE, 2003 State-Of-The Art Report On Current Methodologies And Practices For Composite Indicator Devedlopment. Documento-base preparado por el Applied Statistics Group del JRC de la Comisión Europea y la OCDE para el First workshop on Composite Indicators of Country Performance. Ispra, Italia, mayo 2003.

34 Saturno Hernández, PJ.; Gama, ZAS. Planejamento de intervenções de melhoria da qualidade: unidade temática 1. In: Saturno Hernández, PJ.; Gama, ZAS. Planejamento de intervenções de melhoria da qualidade e análise dos efeitos: módulo Natal: SEDIS-UFRN, 2017.

35 Saturno Hernández, PJ. Implementação de intervenções de melhoria da qualidade e métodos de acompanhamento e controle: unidade temática 2. In: Saturno Hernández, PJ.; Gama, ZAS. Planejamento de intervenções de melhoria da qualidade e análise dos efeitos: módulo III. Natal: SEDIS-UFRN, 2017a.

36 Saturno Hernández, PJ. Documentação da melhoria alcançada: análise e apresentação de resultados comparativos entre duas avaliações: unidade temática 4. In: Saturno Hernández, PJ.; Gama, ZAS. Planejamento de intervenções de melhoria da qualidade e análise dos efeitos: módulo III. Natal: SEDIS-UFRN, 2017c.

37 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 28, de 8 de janeiro de 2015. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html>. Acessado em 07 de junho de 2021..

38 Brasil. Comitê Técnico Assessor para Acompanhamento do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, Ministério da Saúde. Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

39 Viacava, F.; Almeida, C.; Caetano, R.; Fausto, M.; Macinko, J.; Martins, M.; et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênca Saúde Coletiva; v.9, p.711-24, 2004.

40 Viacava, F.; Ugá, MAD.; Porto, S.; Laguardia, J. Moreira, RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. Ciênca Saúde Coletiva; v. 17, p. 921-34, 2012

41 Machado, JP.; Martins, ACM.; Martins, MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1063-1082, jun, 2013.

42 Albuquerque, M. S. V. de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde em Debate [online]; v. 38, n. Spe, pp. 182-194, 2014. Acessado em 7 Junho 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>. ISSN 0103-1104.

43 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folh eto.pdf. Acesso em: 31 out. 2019.

44 Shale, S. Patient experience as an indicator of clinical quality in emergency care. Clinical Governance: An International Journal. 2013.

45 Sampaio, AT L. Educação em saúde: caminhos para formação integrativa. In: Barreto, N Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife. Ed. UFPE, 2014.

46 Souza, JWR.; Silva, RCR.; Brito, PKH.; Silva, FCV.; Pinto, LMC.; Fernandes, M. C. Percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre tecnologias do cuidado. São Paulo: Rev Recien.; v. 11, n. 33, pp. 204-211, 2021 Acessado em 01 de junho de 2021. Disponível em: < https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.204-211>.

47 Bezerra. DPA. Protocolo de acolhimento integrativo humanescente: um estudo de validação processual. Dissertação 2019. 83 f. (Mestrado Profissional em Saúde da Familia) - Programa de Pós-Graduação em Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste,Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/28734/1/Protocoloacolhimentointegrativo_Bezerra_2019.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

48 Sampaio, ATL. Universo encantado do cuidado na autopoiese docente: uma viagem epistemológica transdisciplinar. 2009. 235 f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14286/1/AnaTLS_TESE.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019

49 Kruk, ME.; Gage, AD.; Arsenault, C.; Jordan, K.; Leslie, HH.; Roder-Dewan, S.; & PATE, M. High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. Lancet Global Health, v. 11, n. 6, pp. 1196-1252, 2018.

50 Delaney, LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. Collegian, v. 25, n.1, pp.119-123, 2018.

51 Aued, GK.; Bernardino, E.; Lapierre, J.; & Dallaire, C. Liaison nurse activities at hospital discharge: A strategy for continuity of care. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, n. e3162, p. 1-8, 2019.

52 Cleary, PD. Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: Optimism and opposition. Journal of Health Politics, Policy and Law; v. 41, n. 4, pp.675-696, 2016.

53 Seiffert, LS. Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais (Tese de doutoramento). Universidade Federal do Paraná, Brasil, 2019.

54 Derosa, AP.; Nelson, BB.; Delgado, D.; Mages, KC.; Martin, L.; & Stribling, JC. Involvement of information professionals in patient- and family-centered care initiatives: A scoping review. Journal of the Medical Library Association, v. 107, n. 3, pp. 314-322, 2019.

55 Etingen, B.; Miskevics, S.; & Lavela, SL. Assessing the associations of patient-reported perceptions of patient-centered care as supplemental measures of health care quality in VA. Journal of General Internal Medicine, v.31, Sup. 1, pp. S10-20, 2016.

56 Donabedian, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University, 2003.

57 Saturno, PJ. Como definimos calidad:opciones y características de los diversos enfoques y suimportancia para los programas de gestión de lacalidad: maualdel Master engestión de lacalidadenlosservicios de salud.: Universidad de Murcia, 2008. ISBN 978-84-8371-752-3.

58 Wolf, JA.; Niederhauser, V.; Marshburn, D.; Lavela, SL. "Defining Patient Experience," Patient Experience Journal, v. 1, Issue 1 - April 2014, pp. 7-19, 2014. Acesso em 07 de agosto de 2019. Disponivel em: <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>.

59 Andrade, GRB.; Vaitsman, J.; Farias, LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). Cadernos de Saúde Pública, v. 26, pp. 523-34, 2010.

60 Shale, S. Patient experience as an indicator of clinical quality in emergency care. Clinical Governance: An International Journal. 2013.

61 Saturno Hernández, PJ. Inquéritos de satisfação, de expectativa e de relato do usuário: unidade temática 2. In: Saturno Hernández, PJ. Participação do usuário nos programas de gestão da qualidade: exploração e medição de necessidades, expectativas e satisfação: módulo VII. Natal: SEDIS-UFRN, 2017i.

62 Tesser, CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Aug. 2009.

63 Souza, EFAA.; Luz, MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 393- 405, June 2009 .

64 Schveitzer, MC.; Zoboli, ELCP. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. Rev Esc Enferm USP. v. 48, n. Especial, p. 184 – 191, 2014.

65 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS 466/12. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 18 agosto 2019.

66 Paulino, FLN. Implantação da gestão de processos em um serviço de saúde do Rio Grande do Norte (Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. 2021. 39f.: il.

67 Ceccim, RB; Merhy, EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009

68 Tesser, CD; Barros, NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

69 Tesser, CD; Sousa, IMC.. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. Saúde soc., São Paulo , v. 21, n. 2, p. 336-350, June 2012 .

70 Costa, CGA et al. . Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. Ciênc. 74 saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3099-3110, Oct. 2015 .

71 Sampaio, AT L. Educação em saúde: caminhos para formação integrativa. In: Barreto, N Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife. Ed. UFPE, 2014.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO SERCIENTE NO LAPICS

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- **Só deve preencher este questionário se já você tiver sido atendido no serviço**
- **Responda todas as perguntas marcando o quadrado à esquerda da sua resposta**
- **Responda as perguntas deste estudo referente à sua experiência neste serviço e não inclua qualquer outra experiência em outro serviço nas suas respostas.**

PARTE 1- Características socioeconômicas
1. Qual a sua idade? ( ) 18 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) 51 a 59 anos ( ) 60 anos ou mais
1. Qual a sua identificação de gênero? ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Homem Transgênero ( ) Mulher Transgênero ( ) Cisgênero ( ) Outro ________________________ ( ) Preffiro não responder
2. Qual a sua cor ou raça? ( ) Branca( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Outro: ______________
3. Qual o seu grau de instrução? ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo
4. Qual o seu estado civil? ( ) Solteiro ( ) Separação legal (judicial ou divórcio) ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Viúvo ( ) Outro
5. Qual o seu município de residência? ( ) Natal( ) Região Metropolitana de Natal ( ) Outro município do RN: ______________
PARTE 2- Experiência no LAPICS
Sobre o atendimento na Recepção do LAPICS: **1. O atendimento é informativo?** ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre **2. Você foi informado quais terapias e terapeutas estão a sua disposição?** ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre **3. Você consegue agendamento para as terapias com facilidade?** ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre
Sobre o ambiente do LAPICS: **4. O ambiente do serviço foi acolhedor, oferecendo conforto e segurança durante o atendimento?** ( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

Sobre o atendimento com o Terapeutas integrativos:

5. Durante o acolhimento você foi ouvido atentamente?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

6. Os terapeutas falam na sua frente, olhando para você?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

7. Os terapeutas te chamam pelo nome?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

8. Os terapeutas te explicaram coisas de forma que conseguisse entender?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

9. Durante o atendimento você recebeu informações sobre a terapia?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

10. Durante a terapia foi explicado sobre a sua duração, alta e seguimento pós-alta?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

11. Durante o atendimento você recebeu informações sobre a terapia?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

Sobre o atendimento no serviço de forma geral, da recepção a sua saída:

12. O pessoal do serviço te tratou com cortesia e respeito?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

13. Durante a espera para o atendimento você recebeu alguma orientação ou participou de atividade educativa?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

14. O tempo de espera para o atendimento agendado foi satisfatório?
( ) Nunca ( ) Algumas Vezes ( ) Quase sempre ( ) Sempre

Classificação Geral do serviço

15. Usando um número de 0 a 10, onde 0 significa o pior serviço possível e 10 o melhor possível, que número usaria para classificar o LAPICS?
( ) 0( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10

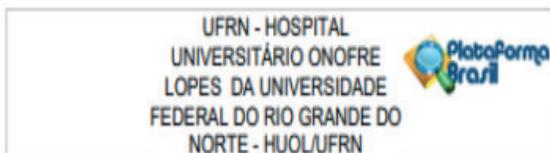
16. Que parte da experiência do serviço deixou você mais satisfeito?
( ) Recepção ( ) Acolhimento Humanescente ( ) Terapia Individual ( ) Escalda Pés
( ) Outro: ____

17. Que área acha que precisamos melhorar do serviço?
( ) Recepção ( ) Acolhimento Humanescente ( ) Terapia Individual ( ) Escalda Pés
( ) Outro: ____

Obrigada por sua contribuição para melhoria do serviço!

ANEXOS

PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP HUOL/UFRN

UFRN - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - HUOL/UFRN

Continuação do Parecer: 3.744.486

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431326.pdf	15/10/2019 04:02:04		Aceito
Outros	CARTA_AO_CEP.pdf	12/10/2019 10:21:59	Ana Tania Lopes Sampaio	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_nao_inicio.pdf	12/10/2019 10:20:34	Ana Tania Lopes Sampaio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Modificado.pdf	10/10/2019 18:34:08	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Folha_de_Identificacao_Do_Pesquisador_Modificada.pdf	10/10/2019 18:31:58	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FolhaDeIdentificacaoDoPesquisador.pdf	12/09/2019 19:57:07	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoJoyceParasubmissaoNoCEP.pdf	12/09/2019 19:55:42	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIA.jpg	12/09/2019 19:52:21	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/09/2019 19:44:41	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	12/09/2019 19:43:38	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoJoyceWadna.pdf	12/09/2019 19:40:56	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/09/2019 19:18:57	JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

JOYCE WADNA RODRIGUES DE SOUZA

É uma mulher de muitos papéis - mãe, esposa, enfermeira, educadora e gestora.

Sua trajetória acadêmica iniciou na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde se formou em Enfermagem e hoje exerce o cargo de Enfermeira nessa mesma instituição, a qual tem muito apreço e dedicação.

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), onde cursou também o mestrado em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde.

Possui Pós-Graduada em Docência no Ensino Superior pela UFCG e Especialidade em Enfermagem Obstétrica pela Faculdades Santa Maria (FSM), Cajazeiras - PB.

Tem experiência profissional como Enfermeira de Saúde da Família na Atenção Básica (2016-2019); Docente Substituta do Magistério Superior no Curso de Bacharelado em Enfermagem na UFCG, Campus Cajazeiras/PB (2019-2021); Enfermeira Emergencista na Prefeitura Municipal de Natal - RN.

Atualmente é servidora pública federal na UFCG, cargo de Enfermeira, onde atua como Gestora do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS-UFCG).

Ao longo de sua trajetória profissional e acadêmica, desenvolveu identificação com a saúde coletiva e tomou para si como missão a gestão de serviços públicos. Nesse processo, as experiências e circunstâncias que a aproximam da realidade de prática e do serviço público, fortaleceram ainda mais o intuito de desenvolver projetos e pesquisas que sejam capazes de melhorar a qualidade dos serviços de saúde do Brasil, bem como transformar a realidade das pessoas.